



PLAN
PRIVILEGE
Silver

CONDICIONADO - COBERTURA Y BENEFICIOS



Centro de Atención al Beneficiario

Línea baja: **(021) 319 0000** (R.A.)

Whatsapp **0981 494 495**

Correo: atc@saludprotegida.com.py

Horario: Lunes a viernes de 08:00 a 18:00 hs.



Visaciones

Correo: visaciones@saludprotegida.com.py

Whatsapp **0986 605 500** las 24hs



Presupuestos Quirúrgicos

Correo: presupuestos@saludprotegida.com.py

Whatsapp: **0981 494 435**

Horario: Lunes a viernes de 08:00 a 18:00 hs.



Cobranzas

Correo: cobranzas@saludprotegida.com.py

Whatsapp **0982 797 800**

Horario: Lunes a viernes de 08:00 a 18:00 hs.



Ventas

Correo: ventas@saludprotegida.com.py

Whatsapp **0985 380 515**

Horario: Lunes a viernes de 08:00 a 18:00 hs.



Ambulancias E.M.E.

Teléfono **(021) 319 0000** – Las 24 horas los 7 días de la semana

CONDICIONES GENERALES DE PRESTACIÓN Y BENEFICIOS

Dentro de los límites y condiciones generales estipulados en el contrato de cobertura médica sanatorial bajo el sistema de medicina prepaga, La Empresa Odontomédica S.A. (Salud Protegida®) se compromete a proporcionar al Beneficiario conforme se detalla en este documento la cobertura con los profesionales y centros de atención médica habilitados en convenio en el momento de la emisión de cobertura del servicio, la asistencia médica en consulta ambulatoria en diferentes especialidades, así como los estudios de diagnóstico, actos terapéuticos y hospitalizaciones según la práctica médica habitual, en enfermedades o lesiones comprendidas en la descripción de la cobertura de este contrato.

1. IDENTIFICACIÓN:

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

2. DE LAS COBERTURAS MÉDICAS:

2.1. TIPOS DE COBERTURA, según Anexos 1, 2, 3 y 4:

2.1.1. CT: Cobertura Total (100%)

2.1.2. COP: Cobertura con Copago, es un porcentaje de cobertura que se paga así, 50% a cargo de Salud Protegida y 50% a cargo del beneficiario/paciente

2.1.3. CP: Cobertura parcial de un evento determinado, diferencia a cargo del beneficiario/paciente

2.1.4. AD: Arancel Diferenciado, monto acordado entre Salud Protegida y un prestador en convenio, 100% a cargo del beneficiario/paciente

2.2. CONSULTAS: Vigencia inmediata

2.2.1. Las consultas serán realizadas exclusivamente con los profesionales en convenio que realizan consultorio en sus consultorios particulares o instalados en centros médicos habilitados en convenio, en los días y horarios por ellos establecidos.

2.2.2. Los Beneficiarios deberán ceñirse por el sistema de acceso a la consulta establecido por el profesional médico habilitado en convenio, sea previa reserva de turno o por demanda espontánea.

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

2.2.4. Los Beneficiarios deberán concurrir munidos de su credencial de identificación de beneficiario de Salud Protegida, y su cédula de identidad.

2.2.5. ESPECIALIDADES CUBIERTAS PARA CONSULTAS:

2.2.5.1. Alergia e Inmunología

2.2.5.2. Cardiocirugía

2.2.5.3. Cardiología Clínica, cobertura de 5 consultas por beneficiario año de contrato

2.2.5.4. Cardiología Pediátrica, cobertura de 5 consultas por beneficiario año de contrato

2.2.5.5. Cirugía General

2.2.5.6. Cirugía Pediátrica

2.2.5.7. Cirugía Plástica Reconstructiva

2.2.5.8. Cirugía Torácica

2.2.5.9. Cirugía Vascul Periférica, cobertura de 5 consultas por beneficiario año de contrato

2.2.5.10. Coloproctología, cobertura de 6 consultas por beneficiario año de contrato

2.2.5.11. Dermatología, cobertura de 6 consultas por beneficiario año de contrato

2.2.5.12. Diabetología

2.2.5.13. Endocrinología, Copago, hasta 5 consultas por beneficiario año de contrato

2.2.5.14. Endocrinología Pediátrica, hasta 5 consultas por beneficiario año de contrato

2.2.5.15. Flebología, Copago, hasta 5 consultas por beneficiario año de contrato

2.2.5.16. Fonoaudiología, cobertura de 5 consultas/sesiones por beneficiario año de contrato

2.2.5.17. Gastroenterología

2.2.5.18. Gastroenterología Pediátrica

2.2.5.19. Geriátrica

2.2.5.20. Ginecología y Obstetricia

2.2.5.21. Hematología

2.2.5.22. Infectología, cobertura de 5 consultas por beneficiario año de contrato

2.2.5.23. Infectología Pediátrica, cobertura de 5 consultas por beneficiario año de contrato

2.2.5.24. Mastología

2.2.5.25. Medicina Familiar

- 2.2.5.26. Medicina Interna - Clínica Médica
- 2.2.5.27. Nefrología, cobertura de 5 consultas por beneficiario año de contrato
- 2.2.5.28. Nefrología Pediátrica, cobertura de 5 consultas por beneficiario año de contrato
- 2.2.5.29. Neumología
- 2.2.5.30. Neurocirugía
- 2.2.5.31. Neurología, cobertura de 5 consultas por beneficiario año de contrato
- 2.2.5.32. Neurología Pediátrica, cobertura de 5 consultas por beneficiario año de contrato
- 2.2.5.33. Nutrición, cobertura de 5 consultas por beneficiario año de contrato
- 2.2.5.34. Oftalmología
- 2.2.5.35. Oftalmología Pediátrica
- 2.2.5.36. Oncología Clínica, Copago, cobertura de 5 consultas por beneficiario año de contrato
- 2.2.5.37. Otorrinolaringología
- 2.2.5.38. Pediatría
- 2.2.5.39. Psicología, cobertura de 5 consultas/sesiones por beneficiario año de contrato
- 2.2.5.40. Psiquiatría, cobertura de 5 consultas por beneficiario año de contrato
- 2.2.5.41. Reumatología, 5 consultas por beneficiario año de contrato.
- 2.2.5.42. Traumatología
- 2.2.5.43. Urología
- 2.2.6. Queda establecido como límite máximo de hasta 3 consultas por mes en una misma especialidad para cada beneficiario. A partir de la cuarta consulta en un mismo mes, el beneficiario abonará bajo sistema de Copago.
- 2.2.7. Prestadores en convenio, para acceder a ciertos profesionales se establece el sistema de Copago: diferencia cargo paciente.
- 2.2.8. Vacunatorio: vacunas que forman parte del P.A.I. proveídas por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, según disponibilidad. Prestador Exclusivo: Centro Médico de Salud Protegida de Asunción.

2.3. HONORARIOS MEDICOS CLINICO-QUIRURGICOS:

- 2.3.1. La cobertura de los honorarios del médico tratante en internaciones clínicas y quirúrgicas, estará directamente relacionada con la cantidad máxima de días con cobertura sanatorial.
- 2.3.2. PERÍODOS DE CARENENCIA, es el plazo de tiempo en los que todavía no se puede disfrutar de la cobertura otorgada en el plan. Para internaciones clínicas y/o cirugías detalladas en el Anexo 3:
- 2.3.3. Sólo se cubrirán honorarios de los profesionales médicos que figuren en la Agenda de Profesionales en Convenio Plan PRIVILEGE SILVER, incluyendo:
 - 2.3.3.1. Cirujano, ayudante e instrumentador en cirugías y procedimientos terapéuticos, que formen parte de los Anexos 2 y 3
 - 2.3.3.2. Anestesiólogo
 - 2.3.3.3. Presencia del Hemoterapeuta en el quirófano
 - 2.3.3.4. Monitoreo intraoperatorio a cargo del clínico o pediatra, justificado por el cirujano tratante en la orden de internación quirúrgica.
- 2.3.4. Formarán parte de la cobertura los honorarios médicos diagnósticos y/o terapéuticos en las especialidades enunciadas en el punto 2.2.5. y detallados en el Anexo 3, bajo las siguientes condiciones y limitaciones en la cobertura:
 - 2.3.4.1. Anatomía Patológica: Cobertura total para materiales simples y neoplásicos, incluyendo honorarios por biopsias extemporáneas.
 - 2.3.4.2. Cirugía Oncológica: Cobertura Parcial de honorarios del equipo médico, en el primer acto quirúrgico, toda vez que la cirugía se encuentre incluida en el Anexo 3
 - 2.3.4.3. Cirugía Plástica Reparadora en eventos agudos (derivados de accidentes), toda vez que la cirugía se encuentre incluida en el Anexo 3
 - 2.3.4.4. Dermatología, se excluyen los tratamientos de las lesiones actínicas de la piel y los tratamientos dermato-cosméticos
 - 2.3.4.5. Diabetología, se excluyen los tratamientos clínicos/quirúrgicos de las complicaciones derivadas de la diabetes
 - 2.3.4.6. Flebología, las cirugías por láser serán con arancel diferenciado de honorarios del equipo médico
 - 2.3.4.7. Ginecoobstetricia, se excluye el diagnóstico y tratamiento clínico/quirúrgico de la infertilidad y esterilidad, así como los métodos anticonceptivos, ligadura de trompas y vasectomía. Se excluyen los procedimientos por láser ginecológico en los casos de incontinencia urinaria, rejuvenecimiento genital y en cualquier otra patología estética
 - 2.3.4.8. Oftalmología, se excluye la cirugía refractiva para la corrección de miopía, hipermetropía, astigmatismo y cualquier otra patología refractiva ocular
 - 2.3.4.9. Transfusiones sanguíneas: hasta 4 (cuatro) transfusiones por evento, incluye estudio serológico. Los materiales de transfusión serán cargo paciente.
 - 2.3.4.10. Prestadores en convenio Sistema Copago: diferencia cargo paciente

2.3.5. En internaciones clínico/quirúrgicas incluyendo la Unidad de Terapia Intensiva, cuando el médico tratante solicite la participación de especialistas en calidad de Interconsultores, se cubrirá cuatro (4) interconsultas y hasta tres (3) visitas por especialidad por internación, cuando los mismos sean médicos en convenio y formen parte de la Guía de Prestadores del PLAN PRIVILEGE SILVER; las siguientes visitas que realicen dichos profesionales, serán de cargo del beneficiario con aranceles en convenio

2.4. GASTOS SANATORIALES:

2.4.1. Cada Beneficiario tiene derecho a Cobertura total de unidad cama en habitación semi-suite, con un tope de veinte (20) días por beneficiario por año de contrato

2.4.2. PERÍODOS DE CARENCIA: es el plazo de tiempo en los que todavía no se puede disfrutar de la cobertura otorgada en el plan.

2.4.2.1. Las coberturas para internaciones clínicas de eventos agudos y no relacionadas a diagnósticos preexistentes: carencia 60 días

2.4.2.2. Las coberturas para internaciones quirúrgicas eventos agudos, carencia 60 días. Cirugías programadas y no relacionadas a diagnósticos preexistentes: Ver detalle de carencias por cirugías descriptas en el Anexo 3.

2.4.3. SANATORIOS EN CONVENIO:

2.4.3.1. Consultar la Guía Médica de prestadores habilitados en convenio más actualizada

2.4.4. Formarán parte de la cobertura en internación:

2.4.4.1. Habitación semi suite, incluye cama para el acompañante, según disponibilidad del prestador

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

2.4.4.3. Atención del médico de guardia y enfermería de guardia

2.4.4.4. Derechos operatorios para cirugías que formen parte del detalle contemplado en el Anexo 3

2.4.4.5. Análisis de Laboratorio según Anexo 1

2.4.4.6. Estudios diagnósticos especializados, Procedimientos Terapéuticos e Imágenes, según Anexo 2

2.4.4.7. Uso de equipos propios de los sanatorios habilitados en convenio en prestaciones incluidas con cobertura en este plan

2.4.5. UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA:

Cobertura total por un máximo de cinco (5) días por beneficiario año de contrato, que incluyen, la unidad cama y todos los equipos necesarios por caso clínico (monitor de signos vitales, bomba de infusión, desfibrilador, saturómetro, respirador y electrocardiógrafo, etc.), honorarios del Médico Terapeuta, alimentación oral del paciente indicada por su médico tratante o especialista, médico y enfermera de guardia de la Unidad, análisis de laboratorio, estudios diagnósticos especializados e imágenes según Anexo 1 y 2. Cobertura hasta G. 1.000.000 (Guaraníes un millón) por medicamentos y descartables.

2.4.5.1.

2.4.5.2. Cuando el paciente sea trasladado a la Unidad de Terapia Intensiva o Intermedia, o ingrese directamente a ella, los gastos que deriven de la utilización de una habitación por parte de los familiares o acompañantes, serán de cargo del beneficiario en su totalidad.

2.4.6. COBERTURA DE MEDICAMENTOS Y DESCARTABLES:

2.4.6.1. En internaciones clínicas y/o quirúrgicas incluyendo oxígeno y gases anestésicos: Cobertura hasta G. 1.000.000 (Un millón), para eventos que cuenten con cobertura de honorarios médicos. No incluye medicamentos e insumos de uso habitual ni de receta ambulatoria

2.4.6.2. En cirugías ambulatorias realizadas en el quirófano: Cobertura hasta G. 400.000 (Guaraníes cuatrocientos mil), para eventos que cuenten con cobertura de honorarios médicos

2.4.7. Las órdenes emitidas por el médico tratante, para cirugías programadas, deberán ser presentadas previamente en las oficinas de Salud Protegida o remitidas por correo electrónico a presupuestos@saludprotegida.com.py, con una antelación mínima de cuarenta y ocho (48) horas a la fecha sugerida por el cirujano, con el fin de emitir un Presupuesto aproximado en base a las Condiciones Generales del Plan PRIVILEGE SILVER.

2.5. MATERNIDAD:

2.5.1. Cobertura exclusiva para la Titular o cónyuge del titular

2.5.2. PERÍODO DE CARENCIA: 300 días a partir de la fecha de incorporación de la beneficiaria al Plan PRIVILEGE SILVER.

2.5.3. PRESTADOR EN CONVENIO PARA INTERNACIÓN: Consultar al Depto. de Visaciones de Salud Protegida.

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

2.5.4.1. Consultas en consultorio

2.5.4.2. Análisis de laboratorio: según Anexo 1

2.5.4.3. Ecografías: según Anexo 2

2.5.4.4. Estudios diagnósticos y de salud fetal: según Anexo 2

2.5.4.5. Honorarios médicos: Ginecoobstetra, Pediatra, Anestesiólogo. En caso de Cesárea, ayudante, instrumentador y transfusionista

2.5.4.6. Internación de la madre, hasta 3 días en parto normal y hasta 4 días en cesárea

2.5.4.7. Internación del recién nacido en Nursery, hasta 3 días en parto normal y hasta 4 días en cesárea

2.5.4.8. Cuna térmica, luminoterapia convencional, incubadora y carpa de oxígeno, hasta 4 días

2.5.4.9. Derecho a Sala de Partos o Quirófano

2.5.4.10. Medicamentos y descartables, cobertura hasta G. 1.000.000 (Guaraníes un millón). No incluye pañales, leche maternizada, chupete, biberón, etc., así como también, medicamentos de uso habitual (receta ambulatoria)

2.5.5. La incorporación de los recién nacidos deberá ser comunicada y realizada por el o la Titular del Contrato, dentro de las 72 horas posteriores al nacimiento y las condiciones de ingreso se ajustarán a lo determinado en las Condiciones Generales de Prestación y Beneficios del Plan PRIVILEGE SILVER.

2.5.6. Las complicaciones durante la maternidad (embarazo y/o alumbramiento) serán cubiertas de acuerdo con las condiciones generales de prestación y beneficios en lo que corresponde a honorarios médicos, internaciones, estudios diagnósticos y/o cualquier otro servicio contemplado en el Plan con sus coberturas y limitaciones.

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

2.6. URGENCIAS Y/O EMERGENCIAS EN SANATORIO:

2.6.1. Cobertura total e inmediata para eventos agudos

2.6.2. SANATORIOS EN CONVENIO: Consultar al Depto. de Visaciones de Salud Protegida.

2.6.2.1. Atención Médico de Guardia las 24 horas, en las especialidades de:

2.6.2.1.1. Clínica Médica

2.6.2.1.2. Cirugía General

2.6.2.1.3. Pediatría (consultar con el Dpto. de Visaciones de Salud Protegida)

2.6.2.1.4. Ginecoobstetricia (consultar con el Dpto. de Visaciones de Salud Protegida)

2.6.2.2. Centros Diagnósticos y Laboratorios con atención 24 horas (consultar con el Dpto. de Visaciones de Salud Protegida), para estudios derivados del Servicio de Urgencias y las coberturas se registrarán por los Anexos 1 y 2 respectivamente:

2.6.2.2.1. Laboratorio

2.6.2.2.2. Radiología

2.6.2.2.3. Ecografías

2.6.2.2.4. Resonancia

2.6.2.2.5. T.A.C.

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

2.6.2.3. Cobertura total de honorarios médicos:

2.6.2.3.1. Consultas con médico de guardia

2.6.2.3.2. Interconsultas con especialistas en convenio convocados por el médico de guardia. La participación de Interconsultores, dependiendo del profesional será con sistema copago, cobertura total o arancel diferenciado, cuando corresponda cobertura total, será hasta 4 (cuatro) por año de contrato.

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

2.6.2.3.3.1. Suturas

2.6.2.3.3.2. Curaciones

2.6.2.3.3.3. Extracción de Cuerpos Extraños

2.6.2.3.3.4. Drenaje de abscesos y hematomas

2.6.2.3.3.5. Taponamiento nasal anterior

2.6.2.3.3.6. Taponamiento nasal posterior con copago

2.6.2.3.3.7. Enyesado simple

2.6.2.3.3.8. Extracción de uña encarnada

2.6.2.3.3.9. Lavado de oídos

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

2.6.2.4.1. Nebulizaciones

2.6.2.4.2. Aplicación de inyectables

2.6.2.4.3. Toma de Presión Arterial

2.6.2.5. Medicamentos y descartables, cobertura hasta G. 150.000 (Guaraníes ciento cincuenta mil). No se incluyen los medicamentos de uso habitual o de receta ambulatoria, aun cuando la misma haya sido expedida por el médico de guardia o interconsultor

2.6.2.6. Los estudios diagnósticos derivados de la atención de urgencia que formen parte del Anexo 1 y Anexo 2, serán de cobertura total y no se cobrarán recargos por fuera de horario

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

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

2.7. ESTUDIOS DIAGNOSTICOS y ANALISIS LABORATORIALES: según Anexos

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

2.7.1.1. Nombre y Apellido del paciente

2.7.1.2. Estudio/s solicitado/s

2.7.1.3. Diagnóstico presuntivo y/o definitivo

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

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

2.7.2. ANALISIS DE LABORATORIO: Anexo 1

2.7.2.1. LABORATORIOS EN CONVENIO:

2.7.2.1.1. Conforme se establece en el Anexo 1, para realizarse los estudios laboratoriales detallados, los beneficiarios deberán acudir a los laboratorios habilitados en convenio previa visación de las órdenes emitidas por el médico tratante

2.7.2.2. PERIODOS DE CARENCIA:

2.7.2.2.1. Análisis de rutina y especializados: Ver detalle de carencias por determinación en el Anexo 1.

2.7.2.3. ESTUDIOS DIAGNOSTICOS E IMÁGENES: Anexo 2

2.7.2.3.1. CENTROS DIAGNOSTICOS EN CONVENIO:

2.7.2.3.2. Conforme se establece en el Anexo 2, para realizarse los estudios diagnósticos por imágenes detallados, los beneficiarios deberán acudir a los centros de diagnósticos habilitados en convenio previa visación de las órdenes emitidas por el médico tratante

2.7.2.4. PERIODOS DE CARENCIA:

2.7.2.4.1. Estudios diagnósticos e imágenes especialidades: Ver detalle de carencias por determinación en el Anexo 2.

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

2.7.2.6. Medicamentos, descartables y contrastes: hasta un tope de Gs. 80.000 (Guaraníes ochenta mil) por evento por beneficiario

2.8. TRATAMIENTOS DE FISIOTERAPIA: Según Anexo 4.

2.8.1. FISIOTERAPIA AMBULATORIA:

2.8.1.1. PERIODO DE CARENCIA: 90 días

2.8.1.1.1. Fisioterapia derivada de eventos traumatológicos, neurológicos y post-quirúrgicos: cobertura total hasta 15 (quince) sesiones beneficiario por año de contrato

2.8.1.1.2. Fisioterapia respiratoria: cobertura total hasta 5 (cinco) sesiones por beneficiario por año de contrato

2.8.2. Otros tipos de tratamiento incluyendo los de hidroterapia, ondas de choque, reeducación postural, estimulación temprana, pilates: aranceles diferenciados de cargo paciente

2.9. URGENCIAS, EMERGENCIAS Y CONSULTAS DOMICILIARIAS: Vigencia inmediata

2.9.1. La atención domiciliaria se realizará a través de EME, debiendo el Beneficiario solicitar el servicio previamente el servicio a Salud Protegida (tel. 319-0000), y exhibiendo su credencial de identificación de beneficiario y cédula de identidad, en el momento de la atención.

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

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

2.9.1.3. Electrocardiograma a domicilio (según necesidad y asistencia de Unidad Móvil de Traslado de Alto Riesgo), Cobertura total

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

2.9.1.5. Consulta médica a domicilio, cobertura total, cobertura total hasta 3 eventos cubiertos en el año por contrato

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

2.9.3. La zona de cobertura de este servicio únicamente está relacionada a Asunción y Gran Asunción (Fernando de Mora, Luque, San Lorenzo, Ñemby, Lambaré, Villa Elisa, Capiatá y M. R. Alonso). Más allá de los 20 km. de Asunción, el prestador Ambulancias EME cobrará arancel diferenciado por kilómetros recorridos fuera de dicho límite de cobertura

2.10. ARANCEL DIFERENCIADO (A.D.): es el valor establecido en convenio entre Salud Protegida y 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.

2.10.1. Estudios diagnósticos y análisis de laboratorio que no formen parte de los Anexos 1 y 2, o sean utilizados antes de cumplir los períodos de carencia

2.10.2. Servicios y gastos derivados de Terapias de sustitución renal

2.10.3. Servicios y gastos derivados de Enfermedades preexistentes y crónicas declaradas por el beneficiario previo al ingreso, antes de cumplidos los períodos de carencia

2.10.4. Servicios y gastos derivados de Malformaciones congénitas y/o genéticas, y embarazos preexistentes a la firma del contrato

2.10.5. Honorarios Médicos, estudios diagnósticos, análisis de laboratorio y otros servicios, que sobrepasen los topes establecidos

2.10.6. Cirugías, procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos no contemplados en las Condiciones Generales del Plan y que no formen parte del Anexo 3, o sean utilizados antes de cumplidos los períodos de carencia

2.10.7. Tratamientos de Odontología

2.10.8. Servicios y gastos derivados de cirugías y procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos considerados de Alta Complejidad en las especialidades de Cardiocirugía, Cirugía Vascul Periférica y Neurocirugía.

2.10.9. Procedimientos de Hemodinamia, ya sean diagnósticos y/o terapéuticos

2.10.10. Tratamientos de Oncología Clínica y Radioterapia

2.10.11. Cirugía Bariátrica

3. FINALIZACION DE LA COBERTURA:

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

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

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

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

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

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

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

4. DE LAS LIMITACIONES EN LA COBERTURA:

4.1. Quedan excluidos de Cobertura del Plan PRIVILEGE SILVER:

4.1.1. Toxicomanía e intoxicaciones autoprovocadas

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

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

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

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

4.1.6. Tratamientos de esterilidad, fertilidad y/o anticonceptivos y/o su reversión, incluida la colocación de D.I.U. (dispositivo intrauterino). Embarazos y partos consecuentes o producto de los tratamientos de fertilización asistida, incluyendo: los estudios

de diagnósticos, por ejemplo: ecografías obstétricas y/o transvaginales, perfil biofísico, monitoreo fetal, monitoreos ovulatorios, etc., así como el tratamiento de el/los recién nacido/s incluso en la unidad de cuidados intensivos neonatales.

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

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

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

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

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

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

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

4.1.14. Internaciones posteriores a la alta médica

4.1.15. Dietología, cosmetología y podología

4.1.16. Tratamientos e internaciones de pacientes psiquiátricos

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

4.1.18. Enfermedades preexistentes y crónicas, estado de gestación preexistente a la incorporación de la beneficiaria, así como cualquier evento previo al ingreso o antes de cumplido los periodos de carencia y las no declaradas por el beneficiario al ingreso. Malformaciones congénitas y/o genéticas

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

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

4.1.21. Cobertura médica internacional

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

4.1.23. Pacientes con serología positiva para H.I.V., tratamiento de enfermedades derivados del S.I.D.A.

4.1.24. Transporte aéreo de pacientes

4.1.25. Vacunas, excepto las proveídas por el MSPyBS disponibles en el vacunatorio del Centro Médico Salud Protegida de Asunción

4.1.26. Lesiones que surjan como consecuencia de accidentes de tránsito ocasionados en transgresión de las leyes vigentes.

4.1.27. Quemaduras cuando excedan el 25% de la superficie corporal.

4.1.28. Servicios que debido a su extrema urgencia sean utilizados por los beneficiarios (internación de beneficiarios en centros hospitalarios no habilitados) y no sean comunicados a la Empresa para su eventual traslado, deberán ser comunicados antes de las 24 horas siguientes al ingreso.

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

4.1.29.1. Que se encuentren en estado experimental

4.1.29.2. Que no sean avalados científicamente o que no formen parte de los Nomencladores de las Sociedades Médicas

4.1.29.3. Que se opongan a normas legales vigentes.

4.1.29.4. Trasplantes de órganos

4.1.29.5. Lesiones sufridas como consecuencia de la participación en competencias o demostraciones de pericia y/o velocidad de cualquier índole, que debidamente sean probadas que fueron ocasionadas en estas circunstancias.

4.1.30. Todo lo que no esté debidamente expresado en el contrato, sus condiciones generales de prestación y beneficios, y sus anexos.



LA RED DE COBERTURA MÉDICA MÁS GRANDE DEL PAÍS

www.saludprotegida.com.py

Anexo 1

ANÁLISIS DE LABORATORIO	Cobertura	Cantidad	Carencia
ÁCIDO ACETIL SALICÍLICO (AAS), ORINA	CT	Ilimitada	90 DÍAS
ÁCIDO FÓLICO, SANGRE	CT	Ilimitada	90 DÍAS
ÁCIDO FÓLICO, SUERO	CT	Ilimitada	90 DÍAS
ÁCIDO LÁCTICO, SANGRE	CT	Ilimitada	90 DÍAS
ÁCIDO URICO, ORINA	CT	Ilimitada	30 DÍAS
ÁCIDO URICO, SANGRE	CT	Ilimitada	30 DÍAS
ÁCIDO VALPROICO, SANGRE	CT	Hasta 2 por año de contrato	90 DÍAS
ACTH (CORTICOTROPINA)	CT	Hasta 1 por año de contrato	90 DÍAS
AFP (ALFAFETOPROTEINA), SANGRE	COP	Hasta 1 por año de contrato	90 DÍAS
AGLUTININAS A ANTICUERPOS, SANGRE	CT	Ilimitada	90 DÍAS
AGLUTININAS B ANTICUERPOS, SANGRE	CT	Ilimitada	90 DÍAS
ALBUMINA, LÍQUIDOS BIOLÓGICOS POR MUESTRA	CT	Ilimitada	90 DÍAS
ALBUMINA, ORINA	CT	Ilimitada	30 DÍAS
ALBUMINA, SANGRE	CT	Ilimitada	90 DÍAS
ALDOLASA, SANGRE	CT	Ilimitada	90 DÍAS
ALDOSTERONA, SANGRE	CT	Hasta 1 por año de contrato	90 DÍAS
ALFA 1 ANTITRIPSINA, SUERO	CT	Ilimitada	90 DÍAS
ALFA AMILASA, ORINA	CT	Ilimitada	90 DÍAS
ALFA AMILASA, SANGRE	CT	Ilimitada	30 DÍAS
AMONIO, SANGRE	COP	Ilimitada	90 DÍAS
ANA (ANTICUERPOS ANTINUCLEARES) IGA, SANGRE	COP	Ilimitada	90 DÍAS
ANA (ANTICUERPOS ANTINUCLEARES) IGG, SANGRE	COP	Ilimitada	90 DÍAS
ANA (ANTICUERPOS ANTINUCLEARES) IGM, SANGRE	COP	Ilimitada	90 DÍAS
ANCA C - PR3 (AC.ANTICITOPLASMA DE NEUTRÓFILOS, PROTEINASA 3), SANGRE	COP	Ilimitada	90 DÍAS
ANCA P - MPO (ANTICITOPLASMA DE NEUTRÓFILOS, MIELOPEROXIDASA) SANGRE	COP	Ilimitada	90 DÍAS
ANDROSTENEDIONA, SANGRE	CT	Hasta 1 por año de contrato	90 DÍAS
ANTICUERPOS ANTITIROIDEOS SANGRE	CT	Hasta 1 por año de contrato	90 DÍAS
ANTIFOSFOLIPIDO IGG, SUERO	COP	Ilimitada	90 DÍAS
ANTIFOSFOLIPIDO IGM, SUERO	COP	Ilimitada	90 DÍAS
ANTÍGENOS FEBRILES, SANGRE	CT	Ilimitada	90 DÍAS
ANTÍGENOS MICROBIANOS, STREPTOCOCCUS AGALACTIAE LATEX	COP	Hasta 1 por año de contrato	90 DÍAS
ANTÍGENOS MICROBIANOS: STREPTOCOCCUS GRUPO A LATEX	COP	Hasta 1 por año de contrato	90 DÍAS

ANÁLISIS DE LABORATORIO	Cobertura	Cantidad	Carencia
ANTÍGENOS MICROBIANOS: STREPTOCOCCUS GRUPO B LATEX	COP	Hasta 1 por año de contrato	90 DÍAS
ANTÍGENOS MICROBIANOS: STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE LATEX	COP	Hasta 1 por año de contrato	90 DÍAS
APOLIPOPROTEINA A1, SANGRE	CT	Ilimitada	90 DÍAS
APOLIPOPROTEINA B, SANGRE	CT	Ilimitada	90 DÍAS
APT HEMOGLOBINA FETAL, VARIOS MATERIALES (POR MUESTRA)	CT	Hasta 1 por año de contrato	90 DÍAS
ASTO (ANTIESTREPTOLISINA O), SANGRE	CT	Ilimitada	90 DÍAS
AVM (ÁCIDO VANIL MANDELICO), ORINA	COP	Ilimitada	90 DÍAS
BETA 2 MICROGLOBULINA, ORINA	CT	Ilimitada	90 DÍAS
BETA 2 MICROGLOBULINA, SANGRE	CT	Ilimitada	90 DÍAS
BETA CROSSLAPS PIRIDINOLIVIA PYRILINKS, ORINA	CT	Hasta 1 por año de contrato	90 DÍAS
BILIRRUBINA TOTAL, DIRECTA, E INDIRECTA, SANGRE	CT	Ilimitada	90 DÍAS
BRUCELOSIS-HUDLESON ANTICUERPOS, SANGRE	CT	Ilimitada	90 DÍAS
CA 125 ANTÍGENO, SANGRE	CT	Hasta 1 por año de contrato	90 DÍAS
CA 15 3 ANTÍGENO, SANGRE	CT	Hasta 1 por año de contrato	90 DÍAS
CA 19 9 ANTÍGENO, SANGRE	CT	Hasta 1 por año de contrato	90 DÍAS
CALCIO IONICO, SANGRE	CT	Ilimitada	30 DÍAS
CALCIO, ORINA	CT	Ilimitada	30 DÍAS
CALCIO, SANGRE	CT	Ilimitada	30 DÍAS
CALCITONINA, SANGRE	COP	Hasta 1 por año de contrato	90 DÍAS
CÁLCULO URINARIO	COP	Ilimitada	90 DÍAS
CARBAMAZEPINA CUANTITATIVO, SANGRE	CT	Hasta 2 por año de contrato	90 DÍAS
CARDIOLIPINA IGG ANTICUERPO, SUERO	CT	Ilimitada	90 DÍAS
CARDIOLIPINA IGM ANTICUERPO, SUERO	CT	Ilimitada	90 DÍAS
CEA (ANTÍGENO CARCINO EMBRIONARIO), SANGRE	CT	Hasta 1 por año de contrato	90 DÍAS
CERULOPLASMINA, SANGRE	CT	Ilimitada	90 DÍAS
CHAGAS (TRYPANOSOMA CRUZI) ANTICUERPOS IGG, SANGRE	CT	Ilimitada	90 DÍAS
CHAGAS (TRYPANOSOMA CRUZI) ANTICUERPOS IGM, SANGRE	CT	Ilimitada	90 DÍAS
CHLAMYDIA PNEUMONIAE ANTÍGENO, VARIOS MATERIALES POR MUESTRA	CT	Ilimitada	90 DÍAS
CHLAMYDIA PNEUMONIAE IGG ANTICUERPOS, SANGRE	COP	Ilimitada	90 DÍAS
CHLAMYDIA PNEUMONIAE IGM ANTICUERPOS, SANGRE	COP	Ilimitada	90 DÍAS
CHLAMYDIA TRACHOMATIS ANTÍGENO, VARIOS MATERIALES POR MUESTRA	COP	Ilimitada	90 DÍAS
CHLAMYDIA TRACHOMATIS IGA ANTICUERPO, SANGRE	COP	Ilimitada	90 DÍAS

ANÁLISIS DE LABORATORIO	Cobertura	Cantidad	Carencia
CHLAMYDIA TRACHOMATIS IGG ANTICUERPO,SANGRE	COP	Ilimitada	90 DÍAS
CHLAMYDIA TRACHOMATIS IGM ANTICUERPO,SANGRE	COP	Ilimitada	90 DÍAS
CITOGRAMA, SECRECION NASAL	CT	Ilimitada	90 DÍAS
CITOLOGIA TINCION DE GIEMSA, VARIOS MATERIALES POR MUESTRA	CT	Ilimitada	90 DÍAS
CITOMEGALOVIRUS IGG ANTICUERPO, SUERO	CT	Ilimitada	90 DÍAS
CITOMEGALOVIRUS IGM ANTICUERPO, SUERO	CT	Ilimitada	90 DÍAS
CITOQUIMICO, LIQUIDOS BIOLOGICOS POR MUESTRA	CT	Ilimitada	90 DÍAS
CITRATO, ORINA	COP	Ilimitada	90 DÍAS
CK CREATININKINASA, SANGRE	CT	Ilimitada	90 DÍAS
CK IZOENZIMAS CPK MM, SANGRE	CT	Ilimitada	90 DÍAS
CK MB CREATININKINASA, SANGRE	CT	Ilimitada	90 DÍAS
CLORUROS, ORINA	CT	Ilimitada	90 DÍAS
CLORUROS, SANGRE	CT	Ilimitada	90 DÍAS
CLOSTRIDIUM DIFFICILE, TOXINA A+B, ANTÍGENO, HECES	AD	Ilimitada	Inmediata
COAGULOGRAMA CRISIS, SANGRE	CT	Ilimitada	30 DÍAS
COLESTEROL HDL, SANGRE	CT	Ilimitada	30 DÍAS
COLESTEROL LDL, SANGRE	CT	Ilimitada	30 DÍAS
COLESTEROL TOTAL, SANGRE	CT	Ilimitada	30 DÍAS
COLESTEROL VLDL, SANGRE	CT	Ilimitada	30 DÍAS
COLINESTERASA, SANGRE	CT	Ilimitada	90 DÍAS
COMPLEMENTO HEMOLITICO (CH 50), SANGRE	CT	Ilimitada	90 DÍAS
COMPLEMENTO HEMOLITICO TOTAL (CH 100), SANGRE	COP	Ilimitada	90 DÍAS
COOMBS DIRECTO, SANGRE	CT	Ilimitada	90 DÍAS
COOMBS INDIRECTO, SANGRE	CT	Ilimitada	90 DÍAS
COPROFUNCIONAL (PRUEBA FUNCIONAL DE APARATO DIGESTIVO), HECES	CT	Ilimitada	90 DÍAS
CORTISOL AM, SANGRE	COP	Hasta 1 por año de contrato	90 DÍAS
CORTISOL PM, SANGRE	COP	Hasta 1 por año de contrato	90 DÍAS
CORTISOL, ORINA	COP	Hasta 1 por año de contrato	90 DÍAS
CREATININA, DEPURACIÓN CLEARANCE	CT	Ilimitada	90 DÍAS
CREATININA, SANGRE	CT	Ilimitada	30 DÍAS
CRIOAGLUTININAS TITULACIÓN, SANGRE	CT	Ilimitada	90 DÍAS
CRIOGLOBULINAS, SANGRE	CT	Ilimitada	90 DÍAS
CRIPCOCOCUS	CT	Ilimitada	90 DÍAS
CUERPOS CETONICOS, ORINA	CT	Ilimitada	90 DÍAS

ANÁLISIS DE LABORATORIO	Cobertura	Cantidad	Carencia
CUERPOS CETONICOS, SANGRE	CT	Ilimitada	90 DÍAS
CULTIVO EN AEROBIOSIS, VARIOS MATERIALES POR MUESTRA	CT	Ilimitada	90 DÍAS
CULTIVO EN ANAEROBIOSIS, VARIOS MATERIALES POR MUESTRA	CT	Ilimitada	90 DÍAS
CULTIVO PARA BAAR	CT	Ilimitada	90 DÍAS
CULTIVO PARA CAMPYLOBACTER, HECES	CT	Ilimitada	90 DÍAS
CULTIVO PARA MYCOBACTERIAS, VARIOS MATERIALES	CT	Ilimitada	90 DÍAS
CULTIVO PARA MYCOPLASMA HOMINIS, VARIOS MATERIALES POR MUESTRA	COP	Ilimitada	90 DÍAS
CULTIVO PARA NEISSERIA GONORREA, VARIOS MATERIALES POR MUESTRA	CT	Ilimitada	90 DÍAS
CULTIVO PARA UREAPLASMA UREALYTICUM VARIOS MATERIALES POR MUESTRA	AD	Ilimitada	90 DÍAS
CULTIVO, BILIS	CT	Ilimitada	90 DÍAS
CULTIVO, EXUDADO OTICO POR MUESTRA 100	CT	Ilimitada	90 DÍAS
CULTIVO, HECES (COPROCULTIVO)	CT	Ilimitada	90 DÍAS
CULTIVO, LCR FISTULA PARA GERMEENES COMUNES	CT	Ilimitada	90 DÍAS
CULTIVO, LÍQUIDO AMNIOTICO	CT	Ilimitada	90 DÍAS
CULTIVO, LÍQUIDO ARTICULAR	CT	Ilimitada	90 DÍAS
CULTIVO, LÍQUIDO ASCITICO	CT	Ilimitada	90 DÍAS
CULTIVO, LÍQUIDO CEFALORRAQUIDEO	CT	Ilimitada	90 DÍAS
CULTIVO, LÍQUIDO GASTRICO	CT	Ilimitada	90 DÍAS
CULTIVO, LÍQUIDO PERITONEAL	CT	Ilimitada	90 DÍAS
CULTIVO, LÍQUIDO PLEURAL	CT	Ilimitada	90 DÍAS
CULTIVO, LISTERIA	CT	Ilimitada	90 DÍAS
CULTIVO, ORINA	CT	Ilimitada	30 DÍAS
CULTIVO, ORINA PRIMER CHORRO	CT	Ilimitada	90 DÍAS
CULTIVO, PUNTA DE CATETER	CT	Ilimitada	90 DÍAS
CULTIVO, SECRECION CONJUNTIVAL	CT	Ilimitada	90 DÍAS
CULTIVO, SECRECION ENDOCERVICAL	CT	Ilimitada	90 DÍAS
CULTIVO, SECRECION FARINGEA	CT	Ilimitada	90 DÍAS
CULTIVO, SECRECION HERIDA OPERATORIA GERMEENES COMUNES	CT	Ilimitada	90 DÍAS
CULTIVO, SECRECION NASAL	CT	Ilimitada	90 DÍAS
CULTIVO, SECRECION NASAL PARA STAPHILOCOCCUS AUREUS	CT	Ilimitada	90 DÍAS
CULTIVO, SECRECION PURULENTA	CT	Ilimitada	90 DÍAS

ANÁLISIS DE LABORATORIO	Cobertura	Cantidad	Carencia
CULTIVO, SECRECIÓN ULCERA GENITAL GERMENES COMUNES	CT	Ilimitada	90 DÍAS
CULTIVO, SECRECIÓN URETRAL	CT	Ilimitada	90 DÍAS
CULTIVO, SECRECIÓN VAGINAL	CT	Ilimitada	90 DÍAS
CULTIVO, SECRECIÓN VULVAR GERMENES COMUNES	CT	Ilimitada	90 DÍAS
CULTIVOS DE HONGOS, VARIOS MATERIALES POR MUESTRA	CT	Ilimitada	90 DÍAS
DENSIDAD EN ORINA	CT	Ilimitada	90 DÍAS
DHEA-SO4 (DEHIDROEPIANDROSTERONA SULFATO)	CT	Hasta 1 por año de contrato	90 DÍAS
DIGOXINA CUANTITATIVO, SANGRE	CT	Hasta 2 por año de contrato	90 DÍAS
DNA DS ANTICUERPOS, SANGRE	CT	Hasta 1 por año de contrato	90 DÍAS
ELECTROFORESIS DE HEMOGLOBINA, SANGRE	CT	Ilimitada	90 DÍAS
ELECTROFORESIS DE LIPOPROTEINAS, SANGRE	CT	Ilimitada	90 DÍAS
ELECTROFORESIS DE PROTEINAS, ORINA	CT	Ilimitada	90 DÍAS
ELECTROFORESIS DE PROTEINAS, SANGRE	CT	Ilimitada	90 DÍAS
ELECTROLITOS (NA, K,CL) SANGRE	CT	Ilimitada	30 DÍAS
ELECTROLITOS, ORINA	CT	Ilimitada	30 DÍAS
ENDOMISIO ANTICUERPOS IGA, SANGRE	CT	Hasta 1 por año de contrato	90 DÍAS
ENDOMISIO ANTICUERPOS IGG, SANGRE	CT	Hasta 1 por año de contrato	90 DÍAS
EPSTEIN BAAR VIRUS EARLY IGG	CT	Ilimitada	90 DÍAS
EPSTEIN BAAR VIRUS EARLY IGM	CT	Ilimitada	90 DÍAS
EPSTEIN BAAR VIRUS EBNA 1 IGG	CT	Ilimitada	90 DÍAS
EPSTEIN BAAR VIRUS EBNA ANTICUERPOS, SANGRE	CT	Ilimitada	90 DÍAS
EPSTEIN BAAR VIRUS VCA ANTICUERPOS IGG, SANGRE	CT	Ilimitada	90 DÍAS
ERITROSEDIMENTACION, SANGRE	CT	Ilimitada	30 DÍAS
ESTEATOCRITO, HECES	CT	Ilimitada	90 DÍAS
ESTRADIOL, SANGRE	CT	Hasta 1 por año de contrato	90 DÍAS
EXAMEN MICOLOGICO FRESCO, VARIOS MATERIALES POR MUESTRA	CT	Ilimitada	90 DÍAS
EXAMEN MICOLOGICO FROTIS, FRESCO Y TINCION VARIOS MATERIALES POR MUESTRA	CT	Ilimitada	90 DÍAS
EXAMEN MICROBIOLÓGICO CAMPO OSCURO, LESIÓN GENITAL	CT	Ilimitada	90 DÍAS
EXAMEN MICROBIOLÓGICO FROTIS FRESCO Y TINCION DE GRAM, VARIOS MATERIALES POR MUESTRA	CT	Ilimitada	90 DÍAS
EXAMEN MICROBIOLÓGICO, TINCION DE GRAM, VARIOS MATERIALES POR MUESTRA	CT	Ilimitada	90 DÍAS
EXAMEN MICROBIOLÓGICO, TINCION DE PERLS, VARIOS MATERIALES POR MUESTRA	CT	Ilimitada	90 DÍAS

ANÁLISIS DE LABORATORIO	Cobertura	Cantidad	Carencia
EXAMEN MICROBIOLÓGICO, TINCION DE ZIEHL-NELSEN, VARIOS MATERIALES POR MUESTRA	CT	Ilimitada	90 DÍAS
EXAMEN MICROBIOLÓGICO: TINCION DE GIEMSA, VARIOS MATERIALES POR MUESTRA	CT	Ilimitada	90 DÍAS
FACTOR REUMATOIDEO ANTICUERPOS IGA, SANGRE	COP	Hasta 1 por año de contrato	90 DÍAS
FACTOR REUMATOIDEO ANTICUERPOS IGG, SANGRE	COP	Hasta 1 por año de contrato	90 DÍAS
FACTOR REUMATOIDEO ANTICUERPOS IGM, SANGRE	COP	Hasta 1 por año de contrato	90 DÍAS
FACTOR REUMATOIDEO CUALITATIVO, SANGRE	COP	Hasta 1 por año de contrato	90 DÍAS
FACTOR REUMATOIDEO CUANTITATIVO, SANGRE	COP	Hasta 1 por año de contrato	90 DÍAS
FENILALANINA, SANGRE	COP	Hasta 1 por año de contrato	90 DÍAS
FENITOINA / DIFENILHIDANTOINA, SANGRE	CT	Hasta 2 por año de contrato	90 DÍAS
FENOBARBITAL, SANGRE	CT	Hasta 2 por año de contrato	90 DÍAS
FERRITINA, SANGRE	CT	Ilimitada	60 DÍAS
FIBRINOGENO, SANGRE	CT	Ilimitada	60 DÍAS
FORMULA LEUCOCITARIA, SANGRE	CT	Ilimitada	60 DÍAS
FOSFATASA ACIDA PROSTATICA, SANGRE	CT	Hasta 1 por año de contrato	90 DÍAS
FOSFATASA ACIDA TOTAL, SANGRE	CT	Hasta 1 por año de contrato	90 DÍAS
FOSFATASA ALCALINA, SANGRE	CT	Ilimitada	60 DÍAS
FÓSFORO, ORINA	CT	Ilimitada	30 DÍAS
FÓSFORO, SANGRE	CT	Ilimitada	30 DÍAS
FROTIS DE SANGRE PERIFERICA	CT	Ilimitada	60 DÍAS
FSH (HORMONA FOLICULO ESTIMULANTE)	CT	Hasta 1 por año de contrato	90 DÍAS
FTA-ABS (ANTICUERPOS IGG, TREPONEMA PALLIDUM), SANGRE	CT	Ilimitada	60 DÍAS
FTA-ABS (ANTICUERPOS IGM, TREPONEMA PALLIDUM), SANGRE	CT	Ilimitada	60 DÍAS
GAMMA GT (GAMMA GLUTAMILTRANSFERASA), SANGRE	CT	Ilimitada	60 DÍAS
GASOMETRÍA ARTERIAL, SANGRE	CT	Ilimitada	60 DÍAS
GASOMETRÍA VENOSA, SANGRE	CT	Ilimitada	60 DÍAS
GLIADINA IGA ANTICUERPO, SUERO	COP	Ilimitada	90 DÍAS
GLIADINA IGG ANTICUERPO, SUERO	COP	Ilimitada	90 DÍAS
GLOBULINAS, SANGRE	CT	Ilimitada	90 DÍAS
GLUCOSA PRE Y POST PRANDIAL	CT	Ilimitada	90 DÍAS
GLUCOSA PRUEBA DE TOLERANCIA ORAL PTGO 2 DETER	CT	Ilimitada	90 DÍAS
GLUCOSA PRUEBA DE TOLERANCIA ORAL PTGO 3 DETER	CT	Ilimitada	90 DÍAS
GLUCOSA PRUEBA DE TOLERANCIA ORAL PTGO 4 DETER	CT	Ilimitada	90 DÍAS

ANÁLISIS DE LABORATORIO	Cobertura	Cantidad	Carencia
GLUCOSA PRUEBA DE TOLERANCIA ORAL PTGO 5 DETER,	CT	Ilimitada	90 DÍAS
GLUCOSA PRUEBA DE TOLERANCIA ORAL PTGO 6 DETER,	CT	Ilimitada	90 DÍAS
GLUCOSA, ORINA	CT	Ilimitada	30 DÍAS
GLUCOSA, SANGRE	CT	Ilimitada	30 DÍAS
GOT (ASPARTATO AMINOTRANFERASA), SANGRE	CT	Ilimitada	30 DÍAS
GPT (ALANINA AMINOTRANFERASA), SANGRE	CT	Ilimitada	30 DÍAS
HAPTOGLOBINA, SANGRE	COP	Hasta 1 por año de contrato	90 DÍAS
HCG (GONADOTROPONA CORIONICA SUB UNIDAD BETA) CUALITATIVO, SANGRE	CT	Hasta 1 por año de contrato	90 DÍAS
HCG (GONADOTROPONA CORIONICA SUB UNIDAD BETA) CUANTITATIVO, SANGRE	CT	Hasta 1 por año de contrato	90 DÍAS
HECES FLORA MICROBIANA	CT	Ilimitada	90 DÍAS
HEMATOCRITO, SANGRE	CT	Ilimitada	90 DÍAS
HEMOCULTIVO AEROBIOBIS POR MUESTRA	CT	Ilimitada	90 DÍAS
HEMOCULTIVO ANAEROBIOBIS, POR MUESTRA	CT	Ilimitada	90 DÍAS
HEMOGLOBINA FETAL, SANGRE	CT	Ilimitada	90 DÍAS
HEMOGLOBINA GLICOSILADA HBA1C, SANGRE	CT	Ilimitada	90 DÍAS
HEMOGLOBINA, SANGRE	CT	Ilimitada	90 DÍAS
HEMOGRAMA CON ERITROSEDIMENTACION, SANGRE	CT	Ilimitada	30 DÍAS
HEMOGRAMA, SANGRE	CT	Ilimitada	30 DÍAS
HEPATITIS A (HAV) ANTICUERPOS IGG, SANGRE	CT	Ilimitada	90 DÍAS
HEPATITIS A (HAV) ANTICUERPOS IGM, SANGRE	CT	Ilimitada	90 DÍAS
HEPATITIS B ANTICUERPOS DE SUPERFICIE (HBS-AC)	CT	Ilimitada	90 DÍAS
HEPATITIS B ANTÍGENO DE SUPERFICIE (HBS AG), SANGRE	CT	Ilimitada	90 DÍAS
HEPATITIS B CORE IGG (HBC-AC), SANGRE	CT	Ilimitada	90 DÍAS
HEPATITIS B CORE IGM (HBC-AC), SANGRE	CT	Ilimitada	90 DÍAS
HEPATITIS B VIRUS E ANTICUERPO (HBE-AC), SANGRE	CT	Ilimitada	90 DÍAS
HEPATITIS C (HCV) ANTICUERPOS, SANGRE	CT	Ilimitada	90 DÍAS
HEPATOGRAMA, SANGRE	CT	Ilimitada	30 DÍAS
HETEROFILOS ANTICUERPOS (MONOTEST), SANGRE	CT	Ilimitada	90 DÍAS
HIDATIDOSIS ANTICUERPOS IGG, SANGRE	CT	Ilimitada	90 DÍAS
HIDROXICORTICOSTEROIDES 17,ORINA	COP	Hasta 1 por año de contrato	90 DÍAS
HIDROXINDOLACETICO 5, ORINA	COP	Hasta 1 por año de contrato	90 DÍAS
HIDROXIPROGESTERONA 17,SANGRE	COP	Hasta 1 por año de contrato	90 DÍAS
HIERRO, SANGRE	CT	Ilimitada	90 DÍAS

ANÁLISIS DE LABORATORIO	Cobertura	Cantidad	Carencia
HIV 1 + HIV 2 ANTICUERPOS	CT	Ilimitada	30 DÍAS
HORMONA DE CRECIMIENTO, SANGRE	COP	Hasta 1 por año de contrato	90 DÍAS
IGA (INMUNOGLOBULINAS A), SANGRE	CT	Ilimitada	90 DÍAS
IGE (INMUNOGLOBULINAS E), SANGRE	CT	Ilimitada	90 DÍAS
IGE ESPECIFICO POR ALERGENOS INHALANTES	CT	Hasta 2 por año de contrato	90 DÍAS
IGE ESPECIFICO PROTEINAS LECHE VACA X 4	CT	Hasta 2 por año de contrato	90 DÍAS
IGG (INMUNOGLOBULINAS G), SANGRE	CT	Ilimitada	90 DÍAS
IGM (INMUNOGLOBULINAS M), SANGRE	CT	Ilimitada	90 DÍAS
INMUNOGLOBULINAS (A,G,M), SANGRE	CT	Ilimitada	90 DÍAS
INR (RAZON NORMALIZADA INTERNACIONAL)	CT	Ilimitada	30 DÍAS
INSULINA PRE Y POST	CT	Hasta 1 por año de contrato	90 DÍAS
INSULINA, SANGRE	CT	Hasta 1 por año de contrato	90 DÍAS
LA SS-B ANTICUERPO, SANGRE	COP	Ilimitada	90 DÍAS
LATEX P/ ASPERGILLUS ANTÍGENO	CT	Ilimitada	90 DÍAS
LATEX P/CANDIDA ANTÍGENO	CT	Ilimitada	90 DÍAS
LATEX P/LEGIONELLA PNEUMOFILA	CT	Ilimitada	90 DÍAS
LDH LACTICODESHIDROGENASA, SANGRE	CT	Hasta 1 por año de contrato	90 DÍAS
LEGIONELLA PNEUMOFILLA, ANTICUERPOS IGG, SANGRE	CT	Ilimitada	90 DÍAS
LEGIONELLA PNEUMOFILLA, ANTICUERPOS IGM, SANGRE	CT	Ilimitada	90 DÍAS
LEGIONELLA PNEUMOPHILLA, ANTÍGENO, VARIOS MATERIALES POR MUESTRA	CT	Ilimitada	90 DÍAS
LEISHMANIA DONOVANI ANTICUERPOS IGG, SANGRE	CT	Hasta 1 por año de contrato	90 DÍAS
LEISHMANIA DONOVANI ANTICUERPOS IGM, SANGRE	CT	Hasta 1 por año de contrato	90 DÍAS
LEISHMANIASIS CUTANEA IGG	CT	Hasta 1 por año de contrato	90 DÍAS
LEISHMANIASIS CUTANEA IGM	CT	Hasta 1 por año de contrato	90 DÍAS
LEUCOCITOS RECUENTO, SANGRE	CT	Ilimitada	90 DÍAS
LH (HORMONA LUTEINIZANTE),SANGRE	CT	Hasta 1 por año de contrato	90 DÍAS
LIPASA, SANGRE	CT	Ilimitada	90 DÍAS
LIPIDOGRAMA, SANGRE	CT	Ilimitada	30 DÍAS
LIPIDOS TOTALES, SANGRE	CT	Ilimitada	30 DÍAS
MAGNESIO, ORINA	CT	Ilimitada	30 DÍAS
MAGNESIO, SANGRE	CT	Ilimitada	30 DÍAS
METAHEMOGLOBINA	CT	Ilimitada	90 DÍAS
METANEFRIAS, ORINA	COP	Ilimitada	90 DÍAS
MICROALBUMINA, ORINA	CT	Ilimitada	90 DÍAS

ANÁLISIS DE LABORATORIO	Cobertura	Cantidad	Carencia
MICROSCOPIA FUNCIONAL, COPROFUNCIONAL	CT	Ilimitada	90 DÍAS
MICROSOMALES ANTICUERPOS	CT	Ilimitada	90 DÍAS
MITOCONDRIALES ANTICUERPOS	CT	Ilimitada	90 DÍAS
MORFINA, ORINA	COP	Hasta 2 por año de contrato	90 DÍAS
MUSCULO LISO, ANTICUERPOS IgG, Sangre	CT	Ilimitada	90 DÍAS
MYCOPLASMA HOMINIS Y UREAPLASMA UREALYTICUM, VARIOS MATERIALES POR MUESTRA	AD	Ilimitada	90 DÍAS
MYCOPLASMA PNEUMONIAE ANTICUERPOS IGG, SANGRE	CT	Ilimitada	90 DÍAS
MYCOPLASMA PNEUMONIAE ANTICUERPOS IGM, SANGRE	CT	Ilimitada	90 DÍAS
ORINA RUTINA	CT	Ilimitada	30 DÍAS
OXALATO, ORINA	COP	Ilimitada	90 DÍAS
OXIURUS INVESTIGACION	CT	Ilimitada	90 DÍAS
PARASITOLOGICO SERIADO, HECES	CT	Ilimitada	30 DÍAS
PARASITOLOGICO, HECES	CT	Ilimitada	30 DÍAS
PARASITOS INVESTIGACION E IDENTIFICACION, VARIOS MATERIALES POR MUESTRA	CT	Ilimitada	90 DÍAS
PARATOHORMONA, SANGRE	CT	Hasta 1 por año de contrato	90 DÍAS
PAS LIBRE (ANTÍGENO PROSTATICO ESPECIFICO)	CT	Hasta 1 por año de contrato	90 DÍAS
PAS TOTAL (ANTÍGENO PROSTATICO ESPECIFICO)	CT	Hasta 1 por año de contrato	90 DÍAS
PEPTIDO C, SANGRE	COP	Ilimitada	120 DÍAS
PH, LIQUIDOS POR PUNCION POR MUESTRA	CT	Ilimitada	90 DÍAS
PH, VARIOS MATERIALES POR MUESTRA	CT	Ilimitada	90 DÍAS
PLAQUETAS, SANGRE	CT	Ilimitada	90 DÍAS
PNEUMOCYSTI CARINII, ANTÍGENO	COP	Ilimitada	90 DÍAS
POTASIO, SANGRE	CT	Ilimitada	90 DÍAS
PPD (5 U.T.) TEST TUBERCULINICO	CT	Ilimitada	90 DÍAS
PROGESTERONA, SANGRE	CT	Hasta 1 por año de contrato	90 DÍAS
PROLACTINA, SANGRE	CT	Hasta 1 por año de contrato	90 DÍAS
PROTEINA C REACTIVA CUALITATIVA	CT	Ilimitada	90 DÍAS
PROTEINA C REACTIVA CUANTITATIVA	CT	Ilimitada	90 DÍAS
PROTEINA DEL COMPLEMENTO C3, SUERO	CT	Ilimitada	90 DÍAS
PROTEINA DEL COMPLEMENTO C4, SUERO	CT	Ilimitada	90 DÍAS
PROTEINA S, SANGRE	COP	Ilimitada	90 DÍAS
PROTEINAS DE BENCE JONES, ORINA	CT	Ilimitada	90 DÍAS
PROTEINAS TOTALES Y FRACCIONES ALBUMINAS/GLOBULINAS, SANGRE	CT	Ilimitada	90 DÍAS

ANÁLISIS DE LABORATORIO	Cobertura	Cantidad	Carencia
PROTEINAS TOTALES, ORINA	CT	Ilimitada	90 DÍAS
PROTEINAS TOTALES, SANGRE	CT	Ilimitada	90 DÍAS
PRUEBA DEL LAZO	CT	Ilimitada	90 DÍAS
PRUEBA TOLERANCIA A LA LACTOSA	CT	Ilimitada	90 DÍAS
QUIMICO, LIQUIDOS BIOLÓGICOS POR MUESTRA	CT	Ilimitada	90 DÍAS
REACCION DE PAUL BUNNEL	CT	Ilimitada	90 DÍAS
REACCION DE WAALER ROSE	CT	Ilimitada	90 DÍAS
REACCION DE WIDAL, SANGRE	CT	Ilimitada	90 DÍAS
RECUESTO DE ADDIS, ORINA	CT	Ilimitada	90 DÍAS
RESISTENCIA A LA PROTEINA C REACTIVA, SANGRE	COP	Ilimitada	90 DÍAS
RESISTENCIA GLOBULAR, SANGRE	AD	Ilimitada	90 DÍAS
RETICULOCITOS, SANGRE	CT	Ilimitada	90 DÍAS
RO (SS.A), ANTICUERPOS, SANGRE	COP	Ilimitada	90 DÍAS
ROTAVIRUS, HECES	CT	Ilimitada	90 DÍAS
RUBEOLA ANTICUERPOS IGG, SANGRE	CT	Ilimitada	90 DÍAS
RUBEOLA ANTICUERPOS IGM, SANGRE	CT	Ilimitada	90 DÍAS
SANGRE OCULTA, HECES	CT	Ilimitada	90 DÍAS
SCL - 70 ANTICUERPOS	AD	Ilimitada	Inmediata
SODIO, SANGRE	CT	Ilimitada	30 DÍAS
SUSTANCIAS REDUCTORAS BENEDICT, HECES	CT	Ilimitada	90 DÍAS
SUSTANCIAS REDUCTORAS BENEDICT, ORINA	CT	Ilimitada	90 DÍAS
T3 LIBRE, SANGRE	CT	Hasta 1 por año de contrato	90 DÍAS
T3, SANGRE	CT	Hasta 1 por año de contrato	90 DÍAS
T4 LIBRE, SANGRE	CT	Hasta 1 por año de contrato	90 DÍAS
T4, SANGRE	CT	Hasta 1 por año de contrato	90 DÍAS
TEOFILINA	COP	Ilimitada	90 DÍAS
TESTOSTERONA LIBRE,	CT	Hasta 1 por año de contrato	90 DÍAS
TESTOSTERONA TOTAL, SANGRE	CT	Hasta 1 por año de contrato	90 DÍAS
TIBC (CAPACIDAD DE FIJACION/SATURACION DE HIERRO)	CT	Ilimitada	90 DÍAS
TIEMPO DE PROTROMBINA TP, SANGRE	CT	Ilimitada	90 DÍAS
TIEMPO PARCIAL DE TROMBOPLASTINA ACTIVADA TTPA ,	CT	Ilimitada	90 DÍAS
TIPIFICACIÓN, SANGRE	CT	Ilimitada	30 DÍAS
TIROGLOBULINA ANTICUERPOS, SANGRE	CT	Hasta 1 por año de contrato	90 DÍAS
TIROGLOBULINA, SANGRE	CT	Hasta 1 por año de contrato	90 DÍAS

ANÁLISIS DE LABORATORIO	Cobertura	Cantidad	Carencia
TOXOPLASMA GONDII ANTICUERPO IGG, SANGRE	CT	Ilimitada	90 DÍAS
TOXOPLASMA GONDII ANTICUERPOS IGM, SANGRE	CT	Ilimitada	90 DÍAS
TOXOPLASMA GONDII IGG AC, LCR	COP	Ilimitada	90 DÍAS
TOXOPLASMA GONDII IGM AC, LCR	COP	Ilimitada	90 DÍAS
TRANSFERRINA PORCENTAJE DE SATURACION	CT	Ilimitada	90 DÍAS
TRANSFERRINA, SANGRE	CT	Ilimitada	90 DÍAS
TRIGLICERIDOS, SANGRE	CT	Ilimitada	30 DÍAS
TROPONINA I, SANGRE	CT	Hasta 1 por año de contrato	90 DÍAS
TSH HORMONA TIROIDEA, SANGRE	CT	Hasta 1 por año de contrato	90 DÍAS
TSH NEONATAL 100	COP	Hasta 1 por año de contrato	90 DÍAS
UREA, DEPURACION CLEARANCE	CT	Ilimitada	90 DÍAS
UREA, SANGRE	CT	Ilimitada	30 DÍAS
VDRL ANTICUERPO TREPONEMA PALLIDIUM CUALITATIVO, SANGRE	CT	Ilimitada	30 DÍAS
VDRL ANTICUERPO TREPONEMA PALLIDIUM CUANTITATIVO, SANGRE	CT	Ilimitada	90 DÍAS
VDRL TREPONEMA PALLIDIUM, LCR	CT	Ilimitada	90 DÍAS
VIROCITOS	CT	Ilimitada	90 DÍAS
VIRUS SINCITAL RESPIRATORIO IGG AC	AD	Ilimitada	inmediata
VIRUS SINCITAL RESPIRATORIO IGM AC	AD	Ilimitada	inmediata
VITAMINA B12,SANGRE	COP	Ilimitada	90 DÍAS

Anexo 2

Medicamentos, descartables, contrastes en estudios y procedimientos, hasta Gs. 80.000 por evento por beneficiario.

RADIOGRAFIAS SIMPLES	Cobertura	Cantidad	Carencia
ABDOMEN SIMPLE 1 POSICIÓN	CT	Ilimitada	60 DÍAS
ABDOMEN SIMPLE 2 POSICIONES	CT	Ilimitada	60 DÍAS
ANTEBRAZO 1 POSICIÓN	CT	Ilimitada	60 DÍAS
ANTEBRAZO 2 POSICIONES	CT	Ilimitada	60 DÍAS
ANTEBRAZO 3 POSICIONES	CT	Ilimitada	60 DÍAS
ANTEBRAZO 4 POSICIONES	CT	Ilimitada	60 DÍAS
APENDICE	CT	Ilimitada	60 DÍAS
ARBOL URINARIO	CT	Ilimitada	60 DÍAS
ARTICULACIONES SACROILIACAS 1 POSICIÓN	CT	Ilimitada	60 DÍAS
ARTICULACIONES SACROILIACAS 2 POSICIONES	CT	Ilimitada	60 DÍAS
ARTICULACIONES SACROILIACAS 3 POSICIONES	CT	Ilimitada	60 DÍAS

RADIOGRAFÍAS SIMPLES	Cobertura	Cantidad	Carencia
ARTICULACIONES SACROILIACAS 4 POSICIONES	CT	Ilimitada	60 DÍAS
BRAZO O HUMERO 1 POSICIÓN	CT	Ilimitada	60 DÍAS
BRAZO O HUMERO 2 POSICIONES	CT	Ilimitada	60 DÍAS
BRAZO O HUMERO 3 POSICIONES	CT	Ilimitada	60 DÍAS
BRAZO O HUMERO 4 POSICIONES	CT	Ilimitada	60 DÍAS
CADERA O PELVIS 1 POSICIÓN	CT	Ilimitada	60 DÍAS
CADERA O PELVIS 2 POSICIONES	CT	Ilimitada	60 DÍAS
CADERA O PELVIS 3 POSICIONES	CT	Ilimitada	60 DÍAS
CADERA O PELVIS 4 POSICIONES	CT	Ilimitada	60 DÍAS
CALCANEEO 1 POSICIÓN	CT	Ilimitada	60 DÍAS
CALCANEEO 2 POSICIONES	CT	Ilimitada	60 DÍAS
CARA 1 POSICIÓN	CT	Ilimitada	60 DÍAS
CARA 2 POSICIONES	CT	Ilimitada	60 DÍAS
CARA 3 POSICIONES	CT	Ilimitada	60 DÍAS
CARA 4 POSICIONES	CT	Ilimitada	60 DÍAS
CAVUM 1 POSICIÓN	CT	Ilimitada	60 DÍAS
CAVUM 2 POSICIONES	CT	Ilimitada	60 DÍAS
CLAVICULA 1 POSICIÓN	CT	Ilimitada	60 DÍAS
CLAVICULA 2 POSICIONES	CT	Ilimitada	60 DÍAS
CLAVICULA 3 POSICIONES	CT	Ilimitada	60 DÍAS
CLAVICULA 4 POSICIONES	CT	Ilimitada	60 DÍAS
CODO 1 POSICIÓN	CT	Ilimitada	60 DÍAS
CODO 2 POSICIONES	CT	Ilimitada	60 DÍAS
CODO 3 POSICIONES	CT	Ilimitada	60 DÍAS
CODO 4 POSICIONES	CT	Ilimitada	60 DÍAS
COLUMNA CERVICAL 1 POSICIÓN	CT	Ilimitada	60 DÍAS
COLUMNA CERVICAL 2 POSICIONES	CT	Ilimitada	60 DÍAS
COLUMNA CERVICAL 3 POSICIONES	CT	Ilimitada	60 DÍAS
COLUMNA CERVICAL 4 POSICIONES	CT	Ilimitada	60 DÍAS
COLUMNA DORSAL 1 POSICIÓN	CT	Ilimitada	60 DÍAS
COLUMNA DORSAL 2 POSICIONES	CT	Ilimitada	60 DÍAS
COLUMNA DORSAL 3 POSICIONES	CT	Ilimitada	60 DÍAS
COLUMNA DORSAL 4 POSICIONES	CT	Ilimitada	60 DÍAS
COLUMNA DORSOLUMBAR 3 POSICIONES	CT	Ilimitada	60 DÍAS
COLUMNA LUMBAR 1 POSICIÓN	CT	Ilimitada	60 DÍAS

RADIOGRAFÍAS SIMPLES	Cobertura	Cantidad	Carencia
COLUMNA LUMBAR 2 POSICIONES	CT	Ilimitada	60 DÍAS
COLUMNA LUMBAR 3 POSICIONES	CT	Ilimitada	60 DÍAS
COLUMNA LUMBAR 4 POSICIONES	CT	Ilimitada	60 DÍAS
COSTILLA 1 POSICIÓN	CT	Ilimitada	60 DÍAS
COSTILLA 2 POSICIONES	CT	Ilimitada	60 DÍAS
COSTILLA 3 POSICIONES	CT	Ilimitada	60 DÍAS
COSTILLA 4 POSICIONES	CT	Ilimitada	60 DÍAS
CRANEO 1 POSICIÓN	CT	Ilimitada	60 DÍAS
CRANEO 2 POSICIONES	CT	Ilimitada	60 DÍAS
CRANEO 3 POSICIONES	CT	Ilimitada	60 DÍAS
CRANEO 4 POSICIONES	CT	Ilimitada	60 DÍAS
DEDO 1 POSICIÓN	CT	Ilimitada	60 DÍAS
DEDO 2 POSICIONES	CT	Ilimitada	60 DÍAS
DEDO 3 POSICIONES	CT	Ilimitada	60 DÍAS
DEDO 4 POSICIONES	CT	Ilimitada	60 DÍAS
DENTAL 1 POSICIÓN	CT	Ilimitada	60 DÍAS
DENTAL 2 POSICIONES	CT	Ilimitada	60 DÍAS
DENTAL 3 POSICIONES	CT	Ilimitada	60 DÍAS
DENTAL 4 POSICIONES	CT	Ilimitada	60 DÍAS
DENTAL OCLUSAL	COP	Ilimitada	60 DÍAS
DENTAL SEMISERIADA	COP	Ilimitada	60 DÍAS
ESPINOGRAFIA 1 POSICIÓN	COP	Hasta 1 por año de contrato	60 DÍAS
ESPINOGRAFIA 2 POSICIONES	COP	Hasta 1 por año de contrato	60 DÍAS
ESTERNON 1 POSICIÓN	100%	Ilimitada	60 DÍAS
ESTERNON 2 POSICIONES	CT	Ilimitada	60 DÍAS
ESTERNON 3 POSICIONES	CT	Ilimitada	60 DÍAS
ESTERNON 4 POSICIONES	CT	Ilimitada	60 DÍAS
HOMBRO 1 POSICIÓN	CT	Ilimitada	60 DÍAS
HOMBRO 2 POSICIONES	CT	Ilimitada	60 DÍAS
HOMBRO 3 POSICIONES	CT	Ilimitada	60 DÍAS
HOMBRO 4 POSICIONES	CT	Ilimitada	60 DÍAS
HUESOS PROPIOS DE LA NARIZ	CT	Ilimitada	60 DÍAS
MANO 1 POSICIÓN	CT	Ilimitada	60 DÍAS
MANO 2 POSICIONES	CT	Ilimitada	60 DÍAS
MANO 3 POSICIONES	CT	Ilimitada	60 DÍAS

RADIOGRAFÍAS SIMPLES	Cobertura	Cantidad	Carencia
MANO 4 POSICIONES	CT	Ilimitada	60 DÍAS
MANO EDAD OSEA 1 POSICIÓN	CT	Ilimitada	60 DÍAS
MASTOIDES TEMPORALES 1 POSICIÓN	CT	Ilimitada	60 DÍAS
MASTOIDES TEMPORALES 2 POSICIONES	CT	Ilimitada	60 DÍAS
MASTOIDES TEMPORALES 3 POSICIONES	CT	Ilimitada	60 DÍAS
MASTOIDES TEMPORALES 4 POSICIONES	CT	Ilimitada	60 DÍAS
MAXILAR INFERIOR 1 POSICIÓN	CT	Ilimitada	60 DÍAS
MAXILAR INFERIOR 2 POSICIONES	CT	Ilimitada	60 DÍAS
MAXILARES 1 POSICIÓN	CT	Ilimitada	60 DÍAS
MAXILARES 2 POSICIONES	CT	Ilimitada	60 DÍAS
MAXILARES 3 POSICIONES	CT	Ilimitada	60 DÍAS
MAXILARES 4 POSICIONES	CT	Ilimitada	60 DÍAS
MUÑECA 1 POSICIÓN	CT	Ilimitada	60 DÍAS
MUÑECA 2 POSICIONES	CT	Ilimitada	60 DÍAS
MUÑECA 3 POSICIONES	CT	Ilimitada	60 DÍAS
MUÑECA 4 POSICIONES	CT	Ilimitada	60 DÍAS
MUSLO O FEMUR 1 POSICIÓN	CT	Ilimitada	60 DÍAS
MUSLO O FEMUR 2 POSICIONES	CT	Ilimitada	60 DÍAS
MUSLO O FEMUR 3 POSICIONES	CT	Ilimitada	60 DÍAS
MUSLO O FEMUR 4 POSICIONES	CT	Ilimitada	60 DÍAS
ÓRBITAS 1 POSICIÓN	CT	Ilimitada	60 DÍAS
ÓRBITAS 2 POSICIONES	CT	Ilimitada	60 DÍAS
ÓRBITAS 3 POSICIONES	CT	Ilimitada	60 DÍAS
ÓRBITAS 4 POSICIONES	CT	Ilimitada	60 DÍAS
ORTOPANTOMOGRAFIA	CT	Ilimitada	60 DÍAS
PENE 1 POSICIÓN	CT	Ilimitada	60 DÍAS
PENE 2 POSICIONES	CT	Ilimitada	60 DÍAS
PIE 1 POSICIÓN	CT	Ilimitada	60 DÍAS
PIE 2 POSICIONES	CT	Ilimitada	60 DÍAS
PIE 3 POSICIONES	CT	Ilimitada	60 DÍAS
PIE 4 POSICIONES	CT	Ilimitada	60 DÍAS
PIERNA 1 POSICIÓN	CT	Ilimitada	60 DÍAS
PIERNA 2 POSICIONES	CT	Ilimitada	60 DÍAS
PIERNA 3 POSICIONES	CT	Ilimitada	60 DÍAS
PIERNA 4 POSICIONES	CT	Ilimitada	60 DÍAS

RADIOGRAFÍAS SIMPLES	Cobertura	Cantidad	Carencia
RADIOGRAFÍA CADA PLACA	CT	Ilimitada	60 DÍAS
RODILLA 1 POSICIÓN	CT	Ilimitada	60 DÍAS
RODILLA 2 POSICIONES	CT	Ilimitada	60 DÍAS
RODILLA 3 POSICIONES	CT	Ilimitada	60 DÍAS
RODILLA 4 POSICIONES	CT	Ilimitada	60 DÍAS
SACRO - COXIS 1 POSICIÓN	CT	Ilimitada	60 DÍAS
SACRO - COXIS 2 POSICIONES	CT	Ilimitada	60 DÍAS
SACRO - COXIS 3 POSICIONES	CT	Ilimitada	60 DÍAS
SACRO - COXIS 4 POSICIONES	CT	Ilimitada	60 DÍAS
SACRO - ILIACAS 1 POSICIÓN	CT	Ilimitada	60 DÍAS
SACRO - ILIACAS 2 POSICIONES	CT	Ilimitada	60 DÍAS
SACRO - ILIACAS 3 POSICIONES	CT	Ilimitada	60 DÍAS
SACRO - ILIACAS 4 POSICIONES	CT	Ilimitada	60 DÍAS
SENOS FACIALES 1 POSICIÓN	CT	Ilimitada	60 DÍAS
SENOS FACIALES 2 POSICIONES	CT	Ilimitada	60 DÍAS
SENOS FACIALES 3 POSICIONES	CT	Ilimitada	60 DÍAS
SENOS PARANASALES 1 POSICIÓN	CT	Ilimitada	60 DÍAS
SENOS PARANASALES 2 POSICIONES	CT	Ilimitada	60 DÍAS
SENOS PARANASALES 3 POSICIONES	CT	Ilimitada	60 DÍAS
TALÓN 1 POSICIÓN	CT	Ilimitada	60 DÍAS
TALÓN 2 POSICIONES	CT	Ilimitada	60 DÍAS
TELERRADIOGRAFIA DIGITAL	CT	Ilimitada	90 DÍAS
TOBILLO 1 POSICIÓN	CT	Ilimitada	60 DÍAS
TOBILLO 2 POSICIONES	CT	Ilimitada	60 DÍAS
TOBILLO 3 POSICIONES	CT	Ilimitada	60 DÍAS
TOBILLO 4 POSICIONES	CT	Ilimitada	60 DÍAS
TÓRAX 1 POSICIÓN	CT	Ilimitada	60 DÍAS
TÓRAX 2 POSICIONES	CT	Ilimitada	60 DÍAS
TÓRAX 3 POSICIONES	CT	Ilimitada	60 DÍAS
TÓRAX 4 POSICIONES	CT	Ilimitada	60 DÍAS
RADIOGRAFÍAS CONTRASTADAS Y ESTUDIOS ESPECIALIZADOS			
ANGIOGRAFÍA DE MIEMBRO 1 LADO H/6 PL	AD	Ilimitada	Inmediata
ANGIOGRAFÍA DE MIEMBRO 2 LADOS H/6 P	AD	Ilimitada	Inmediata
BRONCOGRAFÍA 2 LADOS SIN ESPECIALIST	AD	Ilimitada	Inmediata
BRONCOGRAFÍA CADA LADO SIN ESPECIALISTA	AD	Ilimitada	Inmediata

RADIOGRAFÍAS CONTRASTADAS Y ESTUDIOS ESPECIALIZADOS	Cobertura	Cantidad	Carencia
CISTOGRAFIA	COP	Hasta 1 por año de contrato	60 DIAS
COLANGIOGRAFIA OPERATORIA	COP	Hasta 1 por año de contrato	60 DIAS
COLANGIOGRAFIA POST OPERATORIA	COP	Hasta 1 por año de contrato	60 DIAS
COLANGIOGRAFIA RETROGRADA CONT	COP	Hasta 1 por año de contrato	60 DIAS
COLANGIOGRAFIA RETROGRADA SIMPLE	COP	Hasta 1 por año de contrato	60 DIAS
COLECISTOGRAFIA ORAL	COP	Hasta 1 por año de contrato	60 DIAS
COLON CONTRASTADO	CT	Hasta 1 por año de contrato	60 DIAS
COLON DOBLE CONTRASTE	CT	Hasta 1 por año de contrato	60 DIAS
COLON POR INGESTION	CT	Hasta 1 por año de contrato	60 DIAS
ELECTROENCEFALOGRAMA	CT	Hasta 1 por año de contrato	60 DIAS
ELECTROCARDIOGRAMA	CT	Hasta 2 por año de contrato	Inmediata
ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA O BAJA	CT	Hasta 1 por año de contrato	60 DIAS
ESOFAGO	CT	Hasta 1 por año de contrato	60 DIAS
ESOFAGO ESTOMAGO DUODENO	CT	Hasta 1 por año de contrato	60 DIAS
ESOFAGO ESTOMAGO Y DUODENO DOBLE CONTRASTE	CT	Hasta 1 por año de contrato	60 DIAS
ESTOMAGO Y DUODENO	CT	Hasta 1 por año de contrato	60 DIAS
ESTOMAGO Y DUODENO DOBLE CONTRASTE	CT	Hasta 1 por año de contrato	60 DIAS
FISTULOGRAFIA HASTA 2 PLACAS	COP	Hasta 1 por año de contrato	60 DIAS
GALACTOGRAFIA CADA LADO	COP	Hasta 1 por año de contrato	60 DIAS
INTESTINO DELGADO O TRANSITO INTESTINAL	CT	Hasta 1 por año de contrato	60 DIAS
LARINGOGRAFIA CONTRASTADA	AD	Ilimitada	Inmediata
MIELOGRAFIA LUMBAR	AD	Ilimitada	Inmediata
PAPANICOLAU Y COLPOSCOPIA	CT	Hasta 1 por año de contrato	90 DIAS
PIELOGRAFÍA ASCENDENTE DOS LADOS	AD	Ilimitada	Inmediata
PIELOGRAFÍA ASCENDENTE UN LADO	AD	Ilimitada	Inmediata
PIELOGRAFÍA ENDOVENOSA O RINON CONTRASTADO	AD	Ilimitada	Inmediata
SACO LAGRIMAL O DACRIOCISTOGRAFÍA DOS LADOS	CT	Hasta 1 por año de contrato	90 DÍAS
SACO LAGRIMAL O DACRIOCISTOGRAFÍA UN LADO	CT	Hasta 1 por año de contrato	90 DÍAS
SIALOGRAFÍA 1 LADO	COP	Hasta 1 por año de contrato	90 DÍAS
SIALOGRAFÍA 2 LADOS	COP	Hasta 1 por año de contrato	90 DÍAS
TIEMPO DE TRANSITO COLONICO	COP	Hasta 1 por año de contrato	90 DÍAS
URETROCISTOGRAFÍA	COP	Hasta 1 por año de contrato	90 DÍAS
UROGRAMA DE EXCRESION (P.I.V.)	COP	Hasta 1 por año de contrato	90 DÍAS
UROGRAMA DE EXCRESIÓN MINUTADO	COP	Hasta 1 por año de contrato	90 DÍAS
DENSITOMETRIA ÓSEA	Cobertura	Cantidad	Carencia
DENSITOMETRIA OSEA, ANALISIS MINERAL OSEO	CT	Hasta 1 por año de contrato	90 DIAS

Estudios especializados

ECOGRAFÍAS	Cobertura	Cantidad	Carencia
ECOCARDIOGRAMA SIMPLE	CT	Hasta 1 por año de contrato	60 DIAS
ECOCARDIOGRAMA CON DOPPLER DE BASOS DE CUELLO	CT	Hasta 1 por año de contrato	60 DIAS
ECOGRAFIA ABDOMINAL COMPLETA	CT	Ilimitada	60 DIAS
ECOGRAFIA ABDOMINAL INFERIOR	CT	Ilimitada	60 DIAS
ECOGRAFIA ABDOMINAL SUPERIOR	CT	Ilimitada	60 DIAS
ECOGRAFIA DE BAZO	CT	Ilimitada	60 DIAS
ECOGRAFIA DE CADERA	CT	Ilimitada	60 DIAS
ECOGRAFIA DE CRANEO	CT	Ilimitada	60 DIAS
ECOGRAFIA DE MIEMBRO	CT	Ilimitada	60 DIAS
ECOGRAFIA DE PARTES BLANDAS	CT	Ilimitada	60 DIAS
ECOGRAFIA DE TIROIDES	CT	Hasta 1 por año de contrato	60 DIAS
ECOGRAFIA DE TORAX	CT	Ilimitada	60 DIAS
ECOGRAFIA DE VEJIGA	CT	Ilimitada	60 DIAS
ECOGRAFIA GINECOLOGICA	CT	Ilimitada	60 DIAS
ECOGRAFIA HIGADO/VIAS BILIARES/VESICULA	CT	Ilimitada	60 DIAS
ECOGRAFIA MAMARIA	CT	Ilimitada	60 DIAS
ECOGRAFIA OCULAR	CT	Ilimitada	60 DIAS
ECOGRAFIA PANCREATICA	CT	Ilimitada	60 DIAS
ECOGRAFIA PROSTATICA SUPRAPUBICA	CT	Hasta 1 por año de contrato	60 DIAS
ECOGRAFIA PROSTATICA TRANRECTAL	COP	Hasta 1 por año de contrato	60 DIAS
ECOGRAFIA RENAL	CT	Ilimitada	60 DIAS
ECOGRAFIA TESTICULAR	CT	Ilimitada	60 DIAS
ECOGRAFIA TRANSVAGINAL	CT	Ilimitada	60 DIAS
ECOGRAFIA VESICAL	CT	Ilimitada	60 DIAS
ECOGRAFIA VIAS URINARIAS	CT	Ilimitada	60 DIAS
ECOCARDIOGRAFIA	CT	Hasta 1 por año de contrato	60 DIAS
ECOGRAFÍAS PERINATALES	Cobertura	Cantidad	Carencia
ECOGRAFIA DOPPLER OBSTETRICO	CT	Hasta 1 por año de contrato	90 DIAS
ECOGRAFIA MARCADORES CROMOSOMICOS SIMPLE	CT	Hasta 1 por año de contrato	90 DIAS
ECOGRAFIA MORFOLOGICA SIMPLE	CT	Hasta 1 por año de contrato	90 DIAS
ECOGRAFIA OBSTETRICA	CT	Hasta 3 por año de contrato	90 DIAS
MONITOREO FETAL	CT	Hasta 3 por año de contrato	90 DIAS
PERFIL BIOFISICO	CT	Hasta 3 por año de contrato	90 DIAS
ECOCARDIOGRAFIA FETAL	CT	Hasta 3 por año de contrato	90 DIAS
MAMOGRAFÍA	Cobertura	Cantidad	Carencia
MAMOGRAFÍA 2 LADOS	CT	Ilimitada	60 DIAS

ECOGRAFÍA DOPPLER	Cobertura	Cantidad	Carencia
ECOGRAFÍA DOPPLER DE TIROIDES	COP	Hasta 1 por año de contrato	90 DÍAS
ECOGRAFÍA DOPPLER MAMARIO	COP	Hasta 1 por año de contrato	90 DÍAS
ECOGRAFÍA DOPPLER TESTICULAR O CORDON ESPERMÁTICO	COP	Hasta 1 por año de contrato	90 DÍAS
ECOGRAFÍA DOPPLER VENOSO MIEMBRO SUPERIOR O INFERIOR DOS LADOS	COP	Hasta 1 por año de contrato	90 DÍAS
ECOGRAFÍA DOPPLER VENOSO MIEMBRO SUPERIOR O INFERIOR UN LADO	COP	Hasta 1 por año de contrato	90 DÍAS
ECOGRAFÍA DOPPLER CAROTIDEO	COP	Hasta 1 por año de contrato	90 DÍAS
TOMOGRAFÍAS	Cobertura	Cantidad	Carencia
TAC-TCMS DE PELVIS	CT	Hasta 2 por año de contrato cualquiera de la lista	120 DÍAS
TAC-TCMS DE CRANEO	CT	Hasta 2 por año de contrato cualquiera de la lista	120 DÍAS
TAC-TCMS DE OIDO	CT	Hasta 2 por año de contrato cualquiera de la lista	120 DÍAS
TAC-TCMS DE PEÑAZCOS	CT	Hasta 2 por año de contrato cualquiera de la lista	120 DÍAS
TAC-TCMS DE CUELLO	CT	Hasta 2 por año de contrato cualquiera de la lista	120 DÍAS
TAC-TCMS CON PUNCIÓN	CT	Hasta 2 por año de contrato cualquiera de la lista	120 DÍAS
TAC-TCMS DE ÓRBITAS	CT	Hasta 2 por año de contrato cualquiera de la lista	120 DÍAS
TAC-TCMS DE SENOS PARANASALES	CT	Hasta 2 por año de contrato cualquiera de la lista	120 DÍAS
TAC-TCMS DE ABDOMEN COMPLETO	CT	Hasta 2 por año de contrato cualquiera de la lista	120 DÍAS
TAC-TCMS DE COLUMNA SACRA	CT	Hasta 2 por año de contrato cualquiera de la lista	120 DÍAS
TAC-TCMS DE ABDOMEN INFERIOR	CT	Hasta 2 por año de contrato cualquiera de la lista	120 DÍAS
TAC-TCMS MIEMBROS INFERIORES/SUPERIORES	CT	Hasta 2 por año de contrato cualquiera de la lista	120 DÍAS
TAC-TCMS DE ARBOL URINARIO SIMPLE	CT	Hasta 2 por año de contrato cualquiera de la lista	120 DÍAS
TAC-TCMS DE ABDOMEN SUPERIOR	CT	Hasta 2 por año de contrato cualquiera de la lista	120 DÍAS
TAC-TCMS DE COLUMNA CERVICAL	CT	Hasta 2 por año de contrato cualquiera de la lista	120 DÍAS
TAC-TCMS DE COLUMNA DORSAL	CT	Hasta 2 por año de contrato cualquiera de la lista	120 DÍAS
TAC-TCMS DE PEQUEÑAS PARTES	CT	Hasta 2 por año de contrato cualquiera de la lista	120 DÍAS
TAC-TCMS DE COLUMNA LUMBAR	CT	Hasta 2 por año de contrato cualquiera de la lista	120 DÍAS
TAC-TCMS DE TÓRAX	CT	Hasta 2 por año de contrato cualquiera de la lista	120 DÍAS
RESONANCIAS	Cobertura	Cantidad	Carencia
RMN DE COLUMNA LUMBAR	CT	Hasta 1 por año de contrato, cualquiera de la lista	150 DÍAS
RMN DE TOBILLO	CT	Hasta 1 por año de contrato, cualquiera de la lista	150 DÍAS
RMN DE COLUMNA DORSAL	CT	Hasta 1 por año de contrato, cualquiera de la lista	150 DÍAS
RMN DE HIPOFISIS	CT	Hasta 1 por año de contrato, cualquiera de la lista	150 DÍAS
RMN DE COLUMNA CERVICAL	CT	Hasta 1 por año de contrato, cualquiera de la lista	150 DÍAS
RMN DE PIERNA	CT	Hasta 1 por año de contrato, cualquiera de la lista	150 DÍAS
RMN DE PIE	CT	Hasta 1 por año de contrato, cualquiera de la lista	150 DÍAS
RMN COLANGIORESONANCIA	COP	Hasta 1 por año de contrato, cualquiera de la lista	150 DÍAS

Estudios especializados/ Detalle de Cirugías y Procedimientos Terapéuticos cubiertos

RESONANCIAS	Cobertura	Cantidad	Carencia
RMN DE SENOS PARANASALES	CT	Hasta 1 por año de contrato, cualquiera de la lista	150 DÍAS
RMN DE PELVIS	CT	Hasta 1 por año de contrato, cualquiera de la lista	150 DÍAS
RMN DE PARTES BLANDAS	CT	Hasta 1 por año de contrato, cualquiera de la lista	150 DÍAS
RMN DE ARTICULACION TEMPORO MAXILAR	CT	Hasta 1 por año de contrato, cualquiera de la lista	150 DÍAS
RMN DE CRANEO / ENCEFALO	CT	Hasta 1 por año de contrato, cualquiera de la lista	150 DÍAS
RMN DE ABDOMEN	CT	Hasta 1 por año de contrato, cualquiera de la lista	150 DÍAS
RMN DE CADERA	CT	Hasta 1 por año de contrato, cualquiera de la lista	150 DÍAS
RMN DE CODO	CT	Hasta 1 por año de contrato, cualquiera de la lista	150 DÍAS
RMN DE HOMBRO	CT	Hasta 1 por año de contrato, cualquiera de la lista	150 DÍAS
RMN DE MEDÍASTINO O TÓRAX	CT	Hasta 1 por año de contrato, cualquiera de la lista	150 DÍAS
RMN DE MUÑECA	CT	Hasta 1 por año de contrato, cualquiera de la lista	150 DÍAS
RMN DE OIDO	CT	Hasta 1 por año de contrato, cualquiera de la lista	150 DÍAS
RMN DE RODILLA	CT	Hasta 1 por año de contrato, cualquiera de la lista	150 DÍAS
RMN DE ÓRBITAS	CT	Hasta 1 por año de contrato, cualquiera de la lista	150 DÍAS
CENTELLOGRAFÍAS	Cobertura	Cantidad	Carencia
CENTELLOGRAFÍA DE TIROIDES	COP	Hasta 1 por año de contrato	120 DÍAS
CENTELLOGRAFÍA OSEA - SPECT ESQUELETICO	COP	Hasta 1 por año de contrato	120 DÍAS
NEUMOLOGÍA	Cobertura	Cantidad	Carencia
ESPIROMETRIA SIMPLE ESPIROMETRIA CON PRUEBA BRONCODILATADORA	CT	Hasta 1 por año de contrato	90 DÍAS
BRONCOSCOPIA RÍGIDA	CT	Hasta 1 por año de contrato	90 DÍAS

Anexo 3

Medicamentos y Descartables en internación clínica y/o quirúrgica, hasta Gs. 1.000.000 por evento por beneficiario

Detalle de Cirugías y Procedimientos Terapéuticos cubiertos	Cobertura	Cantidad	Carencia (días)
HONORARIOS MÉDICOS EN INTERNACIÓN			
Visita en sala	CT	Hasta 4 por evento	
Interconsulta en sala	CT	Hasta 3 por evento	
Interconsulta en servicio de urgencias	CT	Hasta 4 por año por beneficiario	
Interconsulta en unidad de terapia intensiva	CT	Hasta 3 por evento	
Honorarios por internación clínica	CP-COP-CT*	*Según detalle de cirugías Anexo 3	
Honorarios terapeuta coordinador (UTI adultos, UTI pediátrica)	CP-COP-CT*	*Según detalle de cirugías Anexo 3	
MONITOREO INTRAOPERATORIO: CLINICO/PEDIATRA			
Monitoreo Intraoperatorio Mediana Complejidad Asa III			
Monitoreo Intraoperatorio Alta Complejidad Asa IV - V			

Detalle de Cirugías y Procedimientos Terapéuticos cubiertos	Cobertura	Cantidad	Carencia (días)
PROCEDIMIENTOS DE URGENCIA Y/O EMERGENCIA			
Instalación de Vía Venosa Central	CT	Ilimitada	0
Instalación de Vía Venosa Umbilical	CT	Ilimitada	0
Instalación de Vía Arterial	CT	Ilimitada	0
Punción Lumbar	CT	Ilimitada	0
Drenaje Lumbar	CT	Ilimitada	0
Descubierta Venosa	CT	Ilimitada	0
Descubierta Venosa Yugular	CT	Ilimitada	0
Instalación de SwanGanz	CT	Ilimitada	0
APARATO DIGESTIVO Y ABDOMEN: CIRUGÍAS			
Anastomosis Biliodigestivas Simples	COP	Hasta el 50% de H.M.	180 DÍAS
Apendicetomía	CT	Hasta 1 por año de contrato	30 DÍAS
Apendicetomía Pediátrica	CT	Hasta 1 por año de contrato	30 DÍAS
Apendicetomía por Videolaparoscopia	CT	Hasta 1 por año de contrato	30 DÍAS
Biopsia de Hígado por Laparotomía	COP	Hasta el 50% de H.M.	180 DÍAS
Biopsia de Páncreas	COP	Hasta el 50% de H.M.	180 DÍAS
Biopsia del Ano	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Biopsia Rectal Quirúrgica	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Colecistectomía por Laparotomía	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Colecistectomía por Videolaparoscopia	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Colecistostomía	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Colectomía Segmentaria	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Colectomía Total con Ileostomía Temporal o definitiva	COP	Hasta el 50% de H.M.	180 DÍAS
Colostomía Temporal o definitiva	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Drenaje Absceso Perirrectal o Absceso de Douglas	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Drenaje de Pseudo Quiste	COP	Hasta el 50% de H.M.	180 DÍAS
Enterotomía. Enterostomía y/o Enterorráfia	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Escisión de Tumor Retroperitoneal	COP	Hasta el 50% de H.M.	180 DÍAS
Escisión Local de Lesión de ESTÓMAGO	COP	Hasta el 50% de H.M.	180 DÍAS
Escisión Local de Lesión Páncreas.	COP	Hasta el 50% de H.M.	180 DÍAS
Esplenectomía	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Esplenopancreatotomía	COP	Hasta el 50% de H.M.	180 DÍAS
Esplenorráfia por Traumatismo	COP	Hasta el 50% de H.M.	180 DÍAS
Esplenotomía con Drenaje. Absceso o Quiste	COP	Hasta el 50% de H.M.	180 DÍAS
Extracción de Cuerpo Extraño por Vía Abdominal	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS

Detalle de Cirugías y Procedimientos Terapéuticos cubiertos

Detalle de Cirugías y Procedimientos Terapéuticos cubiertos	Cobertura	Cantidad	Carencia (días)
Extracción Instrumental o Manual de Fecaloma Inaccesible	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Fistulectomía o Fistulotomía	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Gastrectomía Parcial	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Gastroduodenostomía - Gastroyeyunostomía	COP	Hasta el 50% de H.M.	180 DÍAS
Gastrorrafia	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Gastrotomía, Exploración Extracción de Cuerpo Extraño	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Hemorroidectomía con o sin Fisura Anal	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Hepatectomía Parcial. Escisión Radical Lesión de Hígado	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Hepatostomía. Marsupialización de Quistes	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Herniorrafia Crural	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Herniorrafia Inguinal	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Herniorrafia Umbilical	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Incisión Drenaje de Absceso Perianal	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Incisión y Drenaje o Extracción de Cuerpo Extraño de Pared Abdominal	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Laparotomía Exploradora	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Omentectomía	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Pancreatectomía Parcial	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Piloromiotomía - Píloroplastia	COP	Hasta el 50% de H.M.	180 DÍAS
Plicatura de Intestino delgado	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Proctopexia	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Proctorrafia	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Punción Peritoneal Evacuadora o Diagnostica (Peritoneocétesis)	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Rectomiectomía	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
RectotomíaSigmoidotomía	COP	Hasta el 50% de H.M.	180 DÍAS
Reducción de Hernia Atascada	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Resección Intestinal de yeyuno o Ileon	COP	Hasta el 50% de H.M.	180 DÍAS
Sigmoidectomía	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Sutura de Hígado por Traumatismo, Herida o desgarro	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Sutura de Páncreas (Herida, Traumatismo).	COP	Hasta el 50% de H.M.	180 DÍAS
Sutura de Pared Abdominal (Herida, Traumatismo)	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Sutura de Pared Abdominal por Evisceración	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Tratamiento de Las Hemorroides con Ligadura Elástica	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Tratamiento Esclerosante en Hemorroides	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Tratamiento Quirúrgico de la Hernia Inguinal por Video-laparoscopia	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS

Detalle de Cirugías y Procedimientos Terapéuticos cubiertos	Cobertura	Cantidad	Carencia (días)
Tratamiento Quirúrgico de la Peritonitis Colónica	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Tratamiento Quirúrgico de la Peritonitis de Origen Apendicular	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Tratamiento Quirúrgico de la Peritonitis de Origen Apendicular por Videolaparoscopia	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Tratamiento Quirúrgico de Peritonitis Biliar	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Tratamiento Quirúrgico del Vólvulo Intestinal	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Trombectomía Hemorroidaria	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Videolaparoscopia Exploradora	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
FLEBOLOGÍA: CIRUGÍAS Y PROCEDIMIENTOS (no incluye cirugías y/o procedimientos de carácter estético)			
Descubierta o Colocación de Catéter Venoso	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Punción Venosa Central	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Safenectomía	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Safenectomía más Flebectomía Unilateral/Bilateral	COP	Hasta el 50% de H.M.	180 DÍAS
GINECOOBSTETRICA: CIRUGÍAS Y PROCEDIMIENTOS			
Biopsia de Cuello Uterino	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Biopsia Vulvo-Vaginal	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Cesárea	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Cesárea más Histerectomía	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Colporrafía Anterior y Posterior	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Colporrafía Anteroposterior Mas Amputación de Cuello	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Colporrafía Posterior con Perineorrafia	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Conización o Amputación de Cuello.	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Corrección de la Incontinencia de la Orina de Esfuerzo	COP	Hasta el 50% de H.M.	180 DÍAS
Electrocoagulación de Cuello Uterino. Crioterapia	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Episioperineorrafia (Fuera del Parto)	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Escisión Local de Lesión de Cuello Uterino más Legrado Endocervical	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Escisión Local de Lesión Vaginal	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Evacuación Uterina Segundo Trimestre del Embarazo con Mecanismo de Parto	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Exéresis de Quiste Vaginal	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Extirpación de Ovario - Ooforectomía	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Himenotomía. Incisión y Drenaje de Vulva, Glándula de Bartholino, Skene. Bartholinitis	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Histerectomía Parcial o Sub-Total	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Histerectomía Total	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS

Detalle de Cirugías y Procedimientos Terapéuticos cubiertos

Detalle de Cirugías y Procedimientos Terapéuticos cubiertos	Cobertura	Cantidad	Carencia (días)
Histerorrafia: Sutura Ruptura Uterina Intraparto	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Histeroscopia Diagnóstica y Terapéutica	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Legrado Evacuador. Raspado Uterino Terapéutico	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Legrado Uterino Diagnostico con o Sin Biopsia Cuello	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Marsupialización. Escisión Labios Mayores, Menores, Glándula de Bartholino, Glándula de Skene	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Miomectomía Uterina	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Ooforectomía Parcial o Total Por Videolaparoscopia	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Parto	CT	Hasta 1 por año de contrato	300 DIAS
Reducción de senos en hombres (ginecomastia unilateral)	CP	H.M. hasta Gs. 1.000.000	180 DÍAS
Salpingectomía (Embarazo Ectópico) Salpingo-Ooforectomía	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Tratamiento Quirúrgico del Quiste Ovario Complicado	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Vulvectomía Radical Más Linfadenectomía	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS

GASTROENTEROLOGÍA: PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS

Extracción de Cuerpo Extraño en el Tubo Digestivo.	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Polipectomía Alta.	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Polipectomía Baja.	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS

HEMATOLOGÍA - HEMOTERAPIA

Asistencia Operatoria	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Biopsia de Medula Ósea (Obtención de Material)	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Punción Ganglio (Examen Citológico)	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Punción Medula Ósea (Examen Citológico)	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Transfusión Plaquetas	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Transfusión por Glóbulos Rojos Lavados	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Transfusión Unidad de Plasma	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Transfusión Unidad de Sangre	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS

MASTOLOGÍA: CIRUGIAS

Biopsia con Marcado Preoperatorio	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Biopsia de Mama (Trucut y aguja cargo paciente)	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Cito punción - Punción de Mama (no incluye guía ecográfica ni insumos)	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Cuadrantectomía más Linfadenectomía Axilar	COP	Hasta el 50% de H.M.	180 DÍAS
Cuadrantectomía Simple	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Drenaje de Absceso	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Extirpación de Nódulo de Mama	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Galactoforectomía	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS

Detalle de Cirugías y Procedimientos Terapéuticos cubiertos	Cobertura	Cantidad	Carencia (días)
Mastectomía Simple	COP	Hasta el 50% de H.M.	180 DÍAS
Tumorectomía	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
OFTALMOLOGÍA: CIRUGÍAS Y PROCEDIMIENTOS			
Biopsia de Conjuntiva	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Biopsia de Orbita	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Biopsia de Párpados	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Blefarochalasis	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Blefarorrafia (Sutura)	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Blefarotomía (Absceso, Orzuelo, Chalazión)	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Cateterización de Conducto Lacrimal. Lavado	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Depilación	AD	No aplica topes AD	0
Drenaje de Glándula o Saco Lagrimal	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Enucleación o Evisceración de Globo Ocular	COP	Hasta el 50% de H.M.	180 DÍAS
Escisión de Glándula Lagrimal	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Escisión de Lesión de Párpado	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Escisión de Saco Lagrimal	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Escisión Lesión Conjuntiva (Pterigión, Quiste, Epitelioma, Nevus)	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Extracción Cuerpo Extraño Conjuntival	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Extracción Cuerpo Extraño Subconjuntival	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Extracción de Cuerpo Extraño de Cornea	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Ejercicios ortópticos	CT	Hasta 10 ses. por año de contrato	180 DÍAS
Facoemulsificación del Cristalino	COP	Hasta el 50% de H.M.	180 DÍAS
Inyectables Conjuntivales	COP	Hasta el 50% de H.M.	180 DÍAS
Plastia de Canículos, Reconstrucción de Vías Lagrimales	COP	Hasta el 50% de H.M.	180 DÍAS
Queratectomía	COP	Hasta el 50% de H.M.	180 DÍAS
Queratocéntesis	COP	Hasta el 50% de H.M.	180 DÍAS
Sutura de Cornea	COP	Hasta el 50% de H.M.	180 DÍAS
Sutura de Herida de Cornea con Prolapso de Iris y/o Herida de Cristalino	COP	Hasta el 50% de H.M.	180 DÍAS
Tratamiento Quirúrgico de Catarata con o sin Implante de Lente Intraocular (No Incluye LIO)	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Tratamiento Quirúrgico del Glaucoma - Trabeculectomía	COP	Hasta el 50% de H.M.	180 DÍAS
OTORRINOLARINGOLOGÍA: CIRUGÍAS Y PROCEDIMIENTOS			
Amigdalectomía y/o Adenoidectomía, convencional	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Antrotomía Mastoidea. Cierre de Fístula	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Antrotomía Maxilar Radical	COP	Hasta el 50% de H.M.	180 DÍAS

Detalle de Cirugías y Procedimientos Terapéuticos cubiertos

Detalle de Cirugías y Procedimientos Terapéuticos cubiertos	Cobertura	Cantidad	Carencia (días)
Biopsia de Encía. Sutura de Encía	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Biopsia de Glándula Salival	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Biopsia de Nariz	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Biopsia de Orofaringe	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Biopsia de Paladar	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Cauterización de Cornetes	COP	Hasta el 50% de H.M.	180 DÍAS
Cauterización Nariz (química)	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Cierre de Faringostomía	COP	Hasta el 50% de H.M.	180 DÍAS
Cierre de Traqueotomía	COP	Hasta el 50% de H.M.	180 DÍAS
Cirugía de la Fosa Pterigomaxilar	COP	Hasta el 50% de H.M.	180 DÍAS
Cirugía Videoendoscópica de Senos Paranasales	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Escisión Divertículo Faringoesofágico. Escisión Lesión Local Faringe	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Escisión Local de Lesión de Lengua	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Escisión o Electrocoagulación de Amígdala	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Escisión Pólipo Antro-Coanal	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Escisión Radical Lesión de Nasofaringe	COP	Hasta el 50% de H.M.	180 DÍAS
Escisión. Incisión y Drenaje de Conducto Auditivo Externo y Piel. Biopsia	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Exéresis de Papiloma y Seno Preauricular	COP	Hasta el 50% de H.M.	180 DÍAS
Extirpación de Coloboma Auris	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Extirpación de Ránula. Quiste de Mucosa Yugal	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Extracción Cuerpo Extraño Nariz	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Extracción de Cuerpo Extraño En Oído	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Extracción Incisional de Cálculos Salivales	COP	Hasta el 50% de H.M.	180 DÍAS
Faringotomía por Vía Cervical	COP	Hasta el 50% de H.M.	180 DÍAS
Glosectomía Subtotal	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Glosotomía con Drenaje de Absceso con Extracción de Cuerpo Extraño	COP	Hasta el 50% de H.M.	180 DÍAS
Incisión y Drenaje de Amígdalas o Tejidos Peri amigdalinos	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Incisión y Drenaje de Aurícula. Sutura del Pabellón Auricular	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Incisión y Drenaje de Labio (Absceso. Sutura de Labio. Biopsia de Labio)	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Incisión y Drenaje de Otohematoma	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Incisión y Drenaje de Paladar (Absceso). Sutura de Paladar.	COP	Hasta el 50% de H.M.	180 DÍAS
Incisión y Drenaje de Tejido Retrofaringeo por Vía Bucal	COP	Hasta el 50% de H.M.	180 DÍAS

Detalle de Cirugías y Procedimientos Terapéuticos cubiertos	Cobertura	Cantidad	Carencia (días)
Incisión y Drenaje Glándula Parótida, Submaxilar o sus conductos	COP	Hasta el 50% de H.M.	180 DÍAS
Incisión, Drenaje Piso de Boca. Biopsia de Mucosa Bucal. Sutura de Boca	COP	Hasta el 50% de H.M.	180 DÍAS
Lavado de Oído	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Microcirugía de Laringe Diagnóstica	COP	Hasta el 50% de H.M.	180 DÍAS
Miringotomía Con o Sin Colocación de Tubo de Drenaje	COP	Hasta el 50% de H.M.	180 DÍAS
Parotidectomía Lóbulo Superficial	COP	Hasta el 50% de H.M.	180 DÍAS
Parotidectomía Radical con Vaciamiento Ganglionar Cervical	COP	Hasta el 50% de H.M.	180 DÍAS
Punción de Seno con o sin Inserción de Sonda dentro del SPN o Biopsia	COP	Hasta el 50% de H.M.	180 DÍAS
Punción de Seno Esfenoidal	COP	Hasta el 50% de H.M.	180 DÍAS
Resección de Osteoma	COP	Hasta el 50% de H.M.	180 DÍAS
Resección Lesión Local Endonasal	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Resección Total de Nariz	COP	Hasta el 50% de H.M.	180 DÍAS
Sección Frenillo Lingual. Sutura de Lengua. Biopsia de Lengua, Escisión local Lesión de Labio	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Sinusotomía Frontal Externa Simple	COP	Hasta el 50% de H.M.	180 DÍAS
Sinusotomía Maxilar Simple Ventana Antral (Drenaje)	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Sinusotomía Radical Frontal Por Vía Externa	COP	Hasta el 50% de H.M.	180 DÍAS
Taponamiento Nasal Anterior	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Traqueorrafia	COP	Hasta el 50% de H.M.	180 DÍAS
Traqueotomía	COP	Hasta el 50% de H.M.	180 DÍAS
Turbinectomía / Turbinoplastia	COP	Hasta el 50% de H.M.	180 DÍAS

PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO: CIRUGÍAS Y PROCEDIMIENTOS

Crioterapia de Lesiones Benignas

Electrocoagulación de Lesiones Benignas	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Epitelioma: Extirpación por Cierre Directo	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Escisión de Quistes Epidérmicos y Sebáceos	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Escisión de Uña Lecho o Repliegue Ungueal	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Escisión Local de Lesión de Piel o Glándula (Quiste Sebáceo, Nevus, Tumores Benignos)	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Escisión Tumor Tejido Celular Subcutáneo: Lipoma	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Extirpación de Cuerpo Extraño Subcutáneo (Anestesia General)	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Extirpación de Cuerpo Extraño Subcutáneo (Anestesia Local)	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Extirpación de Tumor de Partes Blandas	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS

Detalle de Cirugías y Procedimientos Terapéuticos cubiertos

Detalle de Cirugías y Procedimientos Terapéuticos cubiertos	Cobertura	Cantidad	Carencia (días)
Incisión y Drenaje de Absceso Profundo	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Incisión y Drenaje de Absceso Superficial	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Sutura Heridas Complejas Cara, Mano, Genitales	COP	Hasta el 50% de H.M.	180 DÍAS
Sutura Heridas Simples	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Suturas Múltiples Simples con Anestesia General	COP	Hasta el 50% de H.M.	180 DÍAS
Suturas Múltiples Simples con Anestesia Local	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Toma de Biopsia con Punch	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Toma de Biopsia por Escisión o Extirpación	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Toma de Biopsia por Incisión y Sutura	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Tratamiento Quirúrgico de Heridas Complejas en Cara O Miembros	COP	Hasta el 50% de H.M.	180 DÍAS

SISTEMA ENDOCRINO: CIRUGIAS

Biopsia Incisional de Tiroides	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Biopsia Preescalénica y/o Ganglionar Cervical	COP	Hasta el 50% de H.M.	180 DÍAS
Incisión y Drenaje de Colección o Quiste Tiroideo Complicado	COP	Hasta el 50% de H.M.	180 DÍAS
Lobectomía Tiroidea	COP	Hasta el 50% de H.M.	180 DÍAS
Paratiroidectomía	COP	Hasta el 50% de H.M.	180 DÍAS
Punción Biopsia de Tiroides	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Tiroidectomía	COP	Hasta el 50% de H.M.	180 DÍAS

TRAUMATOLOGÍA: CIRUGIA Y PROCEDIMIENTOS

Amputaciones de Miembros (de origen traumático)	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Artroscopia de Rodilla (meniscos y ligamentos): Diagnóstica y Terapéutica	COP	Hasta el 50% de H.M.	180 DÍAS
Artrotomías (Exploración, Drenaje, Cuerpos Extraños)	COP	Hasta el 50% de H.M.	180 DÍAS
Cirugías de Fracturas - Osteosíntesis (No Incluye Material de Osteosíntesis)	COP	Hasta el 50% de H.M.	180 DÍAS
Enyesados	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Incisiones de los Huesos (Exploración, Drenaje, Extracción Cuerpo Extraño)	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Infiltraciones	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Luxación: Tratamiento Cruento (Reducción Quirúrgica)	COP	Hasta el 50% de H.M.	180 DÍAS
Luxación: Tratamiento Incruento	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Manipulación de Fracturas no Quirúrgicas con desplazamiento	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Operaciones en Tendones, Vainas Tendinosas y Fascia	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Sutura Cápsulas o Ligamentos Articulares y Operaciones en Bolsas Serosas	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Tratamiento Incruento de Fracturas sin desplazamiento	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS

Detalle de Cirugías y Procedimientos Terapéuticos cubiertos	Cobertura	Cantidad	Carencia (días)
UROLOGÍA: CIRUGÍAS			
Adenomectomía Prostática Suprapúbica	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Amputación Parcial o Total de Pene	COP	Hasta el 50% de H.M.	180 DÍAS
Biopsia de Testículo	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Biopsia de Cordón uni o bilateral	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Biopsia de Epidídimo	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Biopsia de Pene	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Biopsia Escrotal	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Biopsia Prostática	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Biopsia Renal a Cielo Abierto	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Biopsia Uretral a Cielo Abierto	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Biopsia Vesical	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Circuncisión (no electiva)	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Cirugía de Liastis Coraliforme	COP	Hasta el 50% de H.M.	180 DÍAS
Cirugía para la estenosis uretral	CP	H.M. hasta Gs. 1.000.000	180 DÍAS
Drenaje de Absceso Escrotal	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Drenaje de Colección Prostática	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Drenaje Perirrenal Abierto	COP	Hasta el 50% de H.M.	180 DÍAS
Epididimectomía	COP	Hasta el 50% de H.M.	180 DÍAS
Escisión de Lesión de Pene	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Escisión de Lesión Local de Testículo	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Estrechamiento Uretral a Cielo Abierto	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Incisión Dorsal o Lateral Prepuccio. Frenulotomía	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Incontinencia de Orina en la Mujer por Vía Vaginal	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Instilación Vesical	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Lumbotomía Exploradora	COP	Hasta el 50% de H.M.	180 DÍAS
Nefrectomía Parcial	COP	Hasta el 50% de H.M.	180 DÍAS
Nefrectomía Radical	COP	Hasta el 50% de H.M.	180 DÍAS
Nefrectomía Radical con Trombectomía Cava	COP	Hasta el 50% de H.M.	180 DÍAS
Nefrectomía Simple	COP	Hasta el 50% de H.M.	180 DÍAS
Nefropexia	COP	Hasta el 50% de H.M.	180 DÍAS
Nefrostomía Quirúrgica	COP	Hasta el 50% de H.M.	180 DÍAS
Nefroureterectomía con Cistectomía Parcial	COP	Hasta el 50% de H.M.	180 DÍAS
Orquidectomía	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Orquidectomía Unilateral Completa con Linfadenectomía	COP	Hasta el 50% de H.M.	180 DÍAS

Detalle de Cirugías y Procedimientos Terapéuticos cubiertos / Fisioterapia

Detalle de Cirugías y Procedimientos Terapéuticos cubiertos	Cobertura	Cantidad	Carencia (días)
Orquidopexia con Testículo Escrotal	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Orquidopexia con Testículo Inguinal	COP	Hasta el 50% de H.M.	180 DÍAS
Prostatectomía Radical	COP	Hasta el 50% de H.M.	180 DÍAS
Punción de Cuerpos Cavernosos	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Punción de Quiste Renal	COP	Hasta el 50% de H.M.	180 DÍAS
Punción derrame Escrotal	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Punción Evacuadora Vesical	COP	Hasta el 50% de H.M.	180 DÍAS
Quistectomía Renal Abierta	COP	Hasta el 50% de H.M.	180 DÍAS
Reducción Manual de Parafimosis, decalotamiento	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Resección Endoscópica Transuretral de Próstata (R.T.U.) (Incluye Cistoscopia)	COP	Hasta el 50% de H.M.	180 DÍAS
Sondaje Vesical	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Sutura Vesical	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Talla por Punción	COP	Hasta el 50% de H.M.	180 DÍAS
Tratamiento Quirúrgico de Hidrocele	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Tratamiento Quirúrgico de Quiste de Cordón	COP	Hasta el 50% de H.M.	180 DÍAS
Tratamiento Quirúrgico de Quiste de Epidídimo	COP	Hasta el 50% de H.M.	180 DÍAS
Tratamiento Quirúrgico de Torsión Testicular	CT	Hasta 1 por año de contrato	180 DÍAS
Tratamiento Quirúrgico de Varicole (No Relacionado a Infertilidad)	COP	Hasta el 50% de H.M.	180 DÍAS
Ureterotomía	COP	Hasta el 50% de H.M.	180 DÍAS
Uretrorrafia por desgarro, Herida Etc.	COP	Hasta el 50% de H.M.	180 DÍAS
Uretrotomía Externa por CÁLCULO o Cuerpo Extraño	COP	Hasta el 50% de H.M.	180 DÍAS
Vesiculectomía uni o bilateral	COP	Hasta el 50% de H.M.	180 DÍAS

NEUROCIRUGIA

Cirugía túnel carpiano	CT	Hasta 1 por año de contrato	150 DÍAS
------------------------	----	-----------------------------	----------

Anexo 4

Ondas cortas, Ultrasonido, Infrarrojo, Tracción cervical, Magnetoterapia

FISIOTERAPIA	Cobertura	Cantidad	Carencia
Fisioterapia ambulatorial para casos tx,neurologico y post quirurgico cirugias con coberturas	CT	Hasta 15 por año de contrato	90 DÍAS
FISIOTERAPIA RESPIRATORIA	CT	Hasta 5 por año de contrato	90 DÍAS

TIPOS DE COBERTURA

- **CT:** Cobertura Total (100%)
- **COP:** Cobertura con Copago, es un porcentaje de cobertura que se paga así, 50% a cargo de Salud Protegida y 50% a cargo del beneficiario/paciente
- **CP:** Cobertura parcial de un evento determinado, diferencia a cargo del beneficiario/paciente
- **AD:** Arancel Diferenciado, monto acordado entre Salud Protegida y un prestador en convenio, 100% a cargo del beneficiario/pacientew

GLOSARIO DE TERMINOS CONTRACTUALES:

- **ACCIDENTE:** Se considera accidente aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, imprevisto, fortuito, súbito y violento por cuya consecuencia un beneficiario puede sufrir lesiones corporales que requieran atención médica o le causen la muerte.
- **ACTO MEDICO:** prestación realizada por un profesional médico legalmente habilitado para ello, en el ejercicio de su profesión, en un sanatorio, consultorio o domicilio
- **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.
- **ALTA SANATORIAL:** acto médico que determina el egreso del paciente de un centro hospitalario/sanatorial post-internación con recomendaciones e indicaciones a fin de continuar su tratamiento en forma ambulatoria
- **ALTA VOLUNTARIA:** es el caso en el que el paciente, expresare su voluntad de no ser tratado o 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.
- **ANTINEOPLASICO** (o Citostático): Sustancias que impiden el desarrollo, crecimiento, o proliferación de células tumorales malignas catalogadas como tal
- **ARANCEL DIFERENCIADO (A.D.):** es el valor establecido en convenio entre Salud Protegida y 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.
- **ASISTENCIA AMBULATORIA:** Modalidad de actuación realizada por uno o más integrantes del equipo de salud a pacientes en régimen de no internación (estancia de duración inferior a 24 horas)
- **ASISTENCIA SANATORIAL:** La que se presta en un Sanatorio en régimen de internación durante un mínimo de 24 horas para el tratamiento médico o quirúrgico del beneficiario
- **BENEFICIARIO ASOCIADO, FUNCIONARIO O EMPLEADO:** se denomina así al asociado, funcionario o empleado de la Contratante -en caso de Personas Jurídicas- del Plan de cobertura médica, y titular del grupo familiar.
- **BENEFICIARIO TITULAR:** es la persona física que contrata uno de los planes de cobertura médica.
- **BENEFICIARIO:** se denomina en modo general a la persona física que es sujeto de una prestación médica o sanatorial conforme al Plan de Cobertura Médica contratado.
- **BENEFICIARIOS ADICIONALES O ADHERENTES:** se denomina así a los familiares del Beneficiario Titular o a los familiares de los asociados, funcionarios o empleados en caso de persona jurídica, y que forman parte de su grupo familiar.
- **CICLO DE QUIMIOTERAPIA:** período específico de tratamiento seguido de un período de recuperación
- **CIRUGIA, TRATAMIENTO Y/O PROCEDIMIENTO ELECTIVO:** La cirugía electiva es el nombre que se le da a toda aquella cirugía que no sea de emergencia y que pueda ser demorada al menos por 24 horas.
- **CIRUGÍA, TRATAMIENTO Y/O PROCEDIMIENTO OPTATIVO:** Que no es obligatorio, sino que puede elegirse o no.
- **COBERTURA 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.
- **COBERTURA OPCIONAL:** Son los beneficios adicionales y complementarios a la cobertura básica que el beneficiario titular puede o no contratar de acuerdo con sus necesidades.
- **CONDICIONES GENERALES:** Son todas aquellas condiciones que se encuentran establecidas en el Contrato de Cobertura Médica conforme al Plan elegido por el Beneficiario, y que van a regir la relación entre Odontomédica S.A.-Salud Protegida y el beneficiario/paciente.
- **COPAGO:** es el monto de dinero que el beneficiario debe abonar al prestador en convenio al momento de recibir una prestación que no cuenta con cobertura total. Este monto puede ser un porcentaje del costo de la prestación o un valor fijo, que no es objeto de reembolso por parte de Odontomédica S.A.-Salud Protegida.

- **ENFERMEDAD O CONDICIÓN PRE-EXISTENTE:** es aquella que fue diagnosticada por un médico o que presentó síntomas, desórdenes y/o signos evidentes, antes de la incorporación del beneficiario. Estas condiciones deben ser manifestadas por el beneficiario en la Declaración Jurada de Salud para su evaluación por parte de Odontomédica S.A.-Salud Protegida través de su Auditoría Médica.
- **ENFERMEDAD:** Se entenderá por enfermedad a toda alteración de la salud que resulte de la acción de agentes morbosos de origen interno o externo con relación al organismo, que amerite tratamiento médico y/o quirúrgico.
- **ENFERMEDADES CRÓNICAS:** Son aquellas persistentes o que continúan durante un período de tiempo igual o superior a 6 semanas.
- **ENFERMEDADES O DESORDENES CONGENITOS:** Son aquellos existentes al momento o antes del nacimiento, independientemente de la causa y del tiempo en que se manifiesten.
- **EVENTO:** para efectos del presente Contrato se entiende por Evento "a todo suceso relacionado a una enfermedad clínica y/o quirúrgica y sus complicaciones, hasta tanto no se hayan resuelto e independientemente de la cantidad de internaciones y/o procedimientos médico-quirúrgicos que requiera.
- **EXCLUSIONES:** Se denomina así a todos los eventos que no se encuentran cubiertos por el plan de cobertura médica, y que se encuentran detallados en las Condiciones generales del plan, sean ellos circunstancias, gastos, padecimientos, procedimientos y/o tratamientos.
- **HOSPITAL/SANATORIO:** Establecimiento de salud destinado a prestar asistencia sanitaria en régimen de internación a la población pudiendo disponer de asistencia ambulatoria u otros servicios.
- **IMPLANTE:** Producto sanitario diseñado para ser insertado total o parcialmente en el cuerpo humano mediante intervención quirúrgica o técnica especial, con finalidad diagnóstica, terapéutica y/o estética, y destinado a permanecer allí después de dicha intervención.
- **INTERCONSULTA:** Consulta realizada durante el ingreso sanatorial por un especialista diferente al médico tratante
- **INTERNACION:** Admisión de un paciente para ocupar una cama hospitalaria, por un período igual o mayor a 24 horas.
- **LAS ALTERACIONES O ENFERMEDADES** que se produzcan como consecuencia inmediata o directa de las señaladas, de su tratamiento médico y/o quirúrgico, así como sus recurrencias o recaídas, complicaciones y secuelas, se considerarán como una misma enfermedad. No se considerará como enfermedad a las afecciones corporales provocadas intencionalmente por el beneficiario/paciente.
- **NIVELES:** valor arancelado pactado entre la Empresa y el Prestador.
- **PACIENTE INTERNADO:** Paciente que, admitido en el hospital, pasa a ocupar una cama por un periodo mayor de 24 horas.
- **PATOLOGÍA AGUDA:** Aquella que aparece de forma súbita, limitada en el tiempo y que requiere tratamiento temprano
- **PATOLOGÍA CRÓNICA REAGUDIZADA:** Patología crónica que presenta exacerbación aguda
- **PERIODO DE CARENCIA:** es el tiempo que debe transcurrir a partir del día de aceptación de su incorporación como beneficiario para gozar de los distintos servicios contemplados en el Plan contratado. Durante este período los servicios sujetos a carencia de cobertura se beneficiarán con Aranceles Diferenciados.
- **PLAN DE SALUD:** es el Menú de Prestaciones Médicas, Sanatoriales y Diagnósticas establecidas en las Condiciones Generales de Prestación y Beneficios del Plan contratado.
- **PRESTADORES EN CONVENIO:** son los profesionales médicos con los cuales Salud Protegida ha celebrado convenios arancelarios, cuyos nombres, domicilio y número telefónico se encuentran detallados por especialidad en la Agenda/Guía de Profesionales Médicos, y ante quienes el beneficiario puede acudir a su libre elección y de conformidad al Plan de Cobertura médica contratado.
- **PROTESIS:** Sustitutivo artificial que, implantado de una forma temporal o permanente, mediante técnica especial operatoria, suple a un tejido u órgano o complementa su función fisiológica.
- **URGENCIA MÉDICA:** Todo problema médico-quirúrgico agudo, que ponga en peligro la vida, un órgano o una función y que requiera atención inmediata.

BENEFICIOS DE LA TELECONSULTA

- Reduce los desplazamientos, ahorrando inversión de tiempo y dinero en transporte.
- Permite erradicar la cultura de autodiagnóstico, autotratamiento y automedicación.
- Fomenta la práctica de la salud preventiva.

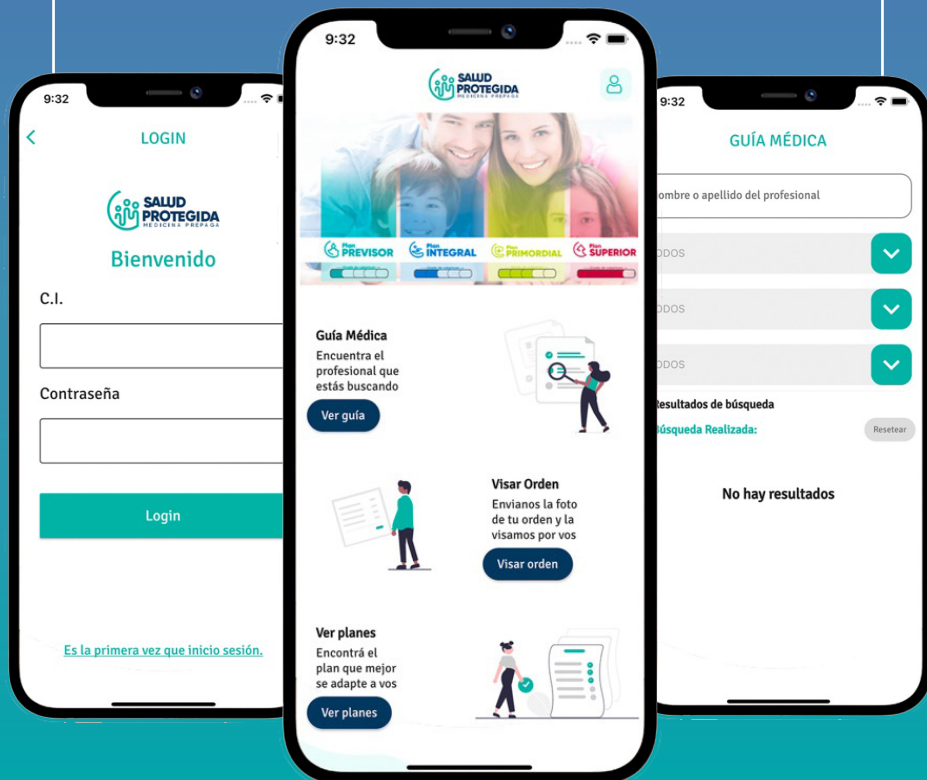


RESERVÁ TURNO AL:

0981 745 667 (solo whatsapp) | 021 319 0000 int. 301 / 302

DESCARGÁ HOY

La aplicación de Salud Protegida desde la PlayStore, donde vas a poder realizar visaciones, acceder a la guía médica y mucho más.





¡BENEFICIOS EXCLUSIVOS PARA VOS!

punto  **farma**
Tu Salud y Belleza

25%

MEDICAMENTOS NACIONALES

18%

MEDICAMENTOS IMPORTADOS

15%

VARIOS

 **farmatotal**

30%

MEDICAMENTOS NACIONALES

20%

MEDICAMENTOS IMPORTADOS

15%

VARIOS

 **Farmacia
San José**

25%

MEDICAMENTOS NACIONALES

18%

MEDICAMENTOS IMPORTADOS

20%

VARIOS


ÓPTICA
Meister

15%

EN ARMAZONES


aqua baby
Spa

15%

EN SERVICIOS

moplex

15%

Evaluación Biomecánica
Baropodometría estática y dinámica
Evaluación postural y miembros inferiores
Podoscáner 2D 3D
Estabilometría

5%

EN PLANTILLAS COMPUTARIZADAS

*Consultar vigencia de promoción al 021 319 0000



SALUD PROTEGIDA



Centro de Atención al Beneficiario

 (021) 319 0000 (R.A.)

 0981 494 495

 atc@saludprotegida.com.py

 Lunes a viernes de 08:00 a 18:00 hs.