

MATERIAL DE CONSULTA DEL BENEFICIARIO



PLAN
EXCLUSIVO
PREMISA



PREMISA
Medicina prepaga a tu alcance



**PLAN
EXCLUSIVO
PREMISA**



PREMISA
Medicina prepaga a tu alcance



**PLAN
EXCLUSIVO
PREMISA**



CONDICIONES GENERALES DE PRESTACIÓN Y BENEFICIOS

CONDICIONES GENERALES DE PRESTACIÓN Y BENEFICIOS: PLAN EXCLUSIVO

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

1. IDENTIFICACIÓN:

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

2. DE LAS COBERTURAS MEDICAS:

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

2.1.1. CT: Cobertura Total (100%)

2.1.2. CC: Cobertura compartida, 50% a cargo de PREMISA y 50% a cargo del paciente

2.2. CONSULTAS: vigencia inmediata

2.2.1. Las consultas serán realizadas exclusivamente con los profesionales en convenio que realizan consultorio en la Torre Premisa y en el Centro Médico H.U.S.L., en los días y horarios por ellos establecidos.

2.2.2. Los Beneficiarios deberán agendar la consulta a través del call-center

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

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

2.2.5. El acceso a los servicios contemplados en el Plan de Cobertura Médica será a través de lectores de huella digital o reconocimiento facial

2.2.6. ESPECIALIDADES CUBIERTAS PARA CONSULTAS:

2.2.6.1. Alergia e Inmunología

2.2.6.2. Alergia e Inmunología Pediátrica

2.2.6.3. Cardiología Clínica

2.2.6.4. Cardiología Pediátrica

2.2.6.5. Cirugía General

2.2.6.6. Cirugía Pediátrica

2.2.6.7. Cirugía Plástica Reconstructiva (consultas post procedimiento realizado en el servicio de urgencias del HUSL)

2.2.6.8. Clínica Médica

2.2.6.9. Coloproctología

2.2.6.10. Dermatología

2.2.6.11. Endocrinología

2.2.6.12. Endocrinología Pediátrica

- 2.2.6.13. Flebología
- 2.2.6.14. Gastroenterología
- 2.2.6.15. Ginecología y Obstetricia
- 2.2.6.16. Hematología
- 2.2.6.17. Infectología
- 2.2.6.18. Infectología Pediátrica
- 2.2.6.19. Mastología
- 2.2.6.20. Medicina Familiar
- 2.2.6.21. Nefrología
- 2.2.6.22. Nefrología Pediátrica
- 2.2.6.23. Neumología
- 2.2.6.24. Neumología Pediátrica
- 2.2.6.25. Neurocirugía
- 2.2.6.26. Neurología
- 2.2.6.27. Oftalmología
- 2.2.6.28. Otorrinolaringología
- 2.2.6.29. Pediatría
- 2.2.6.30. Reumatología
- 2.2.6.31. Traumatología
- 2.2.6.32. Urología
- 2.2.7. Vacunatorio: vacunas que forman parte del P.A.I. proveídas por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, según disponibilidad. Prestador en Convenio: H.U.S.L.

2.3. HONORARIOS MEDICOS CLINICO-QUIRURGICOS:

- 2.3.1. La cobertura de los honorarios del médico tratante en internaciones clínico/quirúrgicas, estará directamente relacionada con la cantidad máxima de días con cobertura sanatorial
- 2.3.2. **PERÍODOS DE CARENCIA para internaciones clínicas y/o cirugías detalladas en el ANEXO 1:**
 - 2.3.2.1. Las coberturas para eventos agudos y no relacionados a diagnósticos preexistentes: cobertura inmediata
 - 2.3.2.2. Las coberturas para eventos programados y no relacionados a diagnósticos preexistentes: carencia 180 días
 - 2.3.2.3. Las coberturas para eventos preexistentes declarados por el beneficiario y que formen parte de las cirugías y/o procedimientos detallados en el ANEXO 1: carencia 365 días
- 2.3.3. **Sólo se cubrirán honorarios de los profesionales médicos que figuren en la Agenda de Profesionales en Convenio Plan EXCLUSIVO PREMISA, incluyendo:**
 - 2.3.3.1. Cirujano, ayudante e instrumentador en cirugías y procedimientos terapéuticos, que formen parte del Anexo A
 - 2.3.3.2. Anestesiólogo
 - 2.3.3.3. Presencia del Hemoterapeuta en el quirófano
 - 2.3.3.4. Monitoreo intraoperatorio a cargo del clínico o pediatra, 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 2.1.6. y detallados en el ANEXO 1, bajo las siguientes condiciones y limitaciones en la cobertura:

2.3.4.1. Anatomía Patológica: Cobertura total para materiales simples y neoplásicos

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

2.3.4.3. Cirugía Plástica Reparadora en eventos agudos (accidentes)

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

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

2.3.4.6. Flebología. Se excluyen los tratamientos con láser y los con finalidad estética

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

2.3.4.8. Oftalmología, 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 5 (cinco) transfusiones por evento, incluye estudio serológico. Los materiales de transfusión serán cargo paciente.

2.3.5. En internaciones clínico/quirúrgicas incluyendo la Unidad de Terapia Intensiva, cuando el médico tratante solicite la participación de especialistas en calidad de Interconsultores, se cubrirá una interconsulta y hasta dos visitas por especialidad, cuando los mismos sean médicos en convenio y formen parte de la Guía de Prestadores del PLAN EXCLUSIVO PREMISA; 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 treinta (30) días por año de contrato

2.4.2. PERÍODOS DE CARENCIA:

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

2.4.2.2. Las coberturas para eventos programados y no relacionados a diagnósticos preexistentes: carencia 180 días

2.4.2.3. Las coberturas para eventos preexistentes: carencia 365 días

2.4.3. SANATORIO EN CONVENIO:

2.4.3.1. Pacientes adultos y Pediátricos: Hospital Universitario San Lorenzo (H.U.S.L.)

2.4.4. Formarán parte de la cobertura en internación:

2.4.4.1. Habitación semi suite, incluye cama para el acompañante

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

- 2.4.4.3. Atención del médico de guardia y enfermería de guardia
- 2.4.4.4. Derechos operatorios para cirugías que formen parte del detalle contemplado en el ANEXO 1
- 2.4.4.5. Análisis de Laboratorio según ANEXO 2
- 2.4.4.6. Estudios diagnósticos especializados, Procedimientos Terapéuticos e Imágenes, según ANEXO 3
- 2.4.4.7. Uso de equipos propios del Sanatorio:**
 - 2.4.4.7.1. Arco en C
 - 2.4.4.7.2. Artroscopio
 - 2.4.4.7.3. Ecógrafo
 - 2.4.4.7.4. Electrocardiógrafo
 - 2.4.4.7.5. Equipo Rayos X
 - 2.4.4.7.6. Fuente para cirugía de ojos
 - 2.4.4.7.7. Goteo electrónico
 - 2.4.4.7.8. Máquina de anestesia
 - 2.4.4.7.9. Microscopio
 - 2.4.4.7.10. Monitor en sala
 - 2.4.4.7.11. Saturómetro
 - 2.4.4.7.12. Video-endoscopio
 - 2.4.4.7.13. Video-laparoscopio

2.4.5. UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA:

2.4.5.1. Si el Beneficiario requiere por su condición, internación en la Unidad de Terapia Intensiva adultos o pediátrica, tiene derecho a Cobertura total por un máximo de diez (10) días por beneficiario año de contrato, que incluyen, la unidad cama y los equipos propios de la Unidad (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 2 y 3.

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

2.4.6. COBERTURA DE MEDICAMENTOS Y DESCARTABLES:

2.4.6.1. En internaciones clínicas y/o quirúrgicas incluyendo oxígeno y gases anestésicos: Cobertura hasta G. 800.000 (Guaraníes ochocientos mil), 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 la Empresa o remitidas vía fax o correo electrónico, con una antelación mínima de cuarenta y ocho (48) horas a la fecha sugerida por el cirujano, con el fin de emitir un Presupuesto aproximado en base a las Condiciones Generales del Plan EXCLUSIVO PREMISA

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 EXCLUSIVO PREMISA

2.5.3. PRESTADOR EN CONVENIO PARA INTERNACIÓN: HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN LORENZO

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

2.5.4.1. Consultas en consultorio

2.5.4.2. Análisis de laboratorio: según ANEXO 2

2.5.4.3. Ecografías: según ANEXO 3

2.5.4.4. Estudios diagnósticos y de salud fetal: SEGÚN ANEXO 3

2.5.4.5. Honorarios médicos: Ginecoobstetra, Pediatra, Anestesiólogo. En caso de cesárea, ayudante, instrumentador y Transfusionista

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

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

2.5.4.8. Cuna térmica, luminoterapia convencional, incubadora y carpa de oxígeno, hasta 10 días

2.5.4.9. Derecho a Sala de Partos o Quirófano

2.5.4.10. Medicamentos y descartables, cobertura hasta G. 800.000 (Guaraníes ochocientos mil). No incluye pañales, leche maternizada, chupete, biberón, etc., así como también, medicamentos de uso habitual (receta ambulatoria)

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

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 de honorarios en eventos agudos

2.6.2. SANATORIO EN CONVENIO: HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN LORENZO

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
- 2.6.2.2. Centros Diagnóstico y Laboratorio con atención 24 horas, para estudios derivados del Servicio de Urgencias y las coberturas se registrarán por los ANEXOS 2 y 3 respectivamente:
 - 2.6.2.2.1. Laboratorio
 - 2.6.2.2.2. Radiología
 - 2.6.2.2.3. Ecografías
 - 2.6.2.2.4. Resonancia
 - 2.6.2.2.5. T.A.C.
- 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.
 - 2.6.2.3.3. Procedimientos realizados por el médico de guardia o por el interconsultor convocado por el médico de guardia en sala de procedimientos, tales como:
 - 2.6.2.3.3.1. Suturas
 - 2.6.2.3.3.2. Curaciones
 - 2.6.2.3.3.3. Extracción de Cuerpos Extraños
 - 2.6.2.3.3.4. Drenaje de abscesos y hematomas
 - 2.6.2.3.3.5. Taponamiento nasal
 - 2.6.2.3.3.6. Enyesado simple. Férula digital
 - 2.6.2.3.3.7. Extracción de uña encarnada
- 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
 - 2.6.2.4.4. Enema Evacuador
 - 2.6.2.4.5. Hemoglucotest
- 2.6.2.5. Medicamentos y descartables, cobertura hasta G. 100.000 (Guaraníes cien 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 2 y Anexo 3, serán de cobertura total y no se cobrarán recargos por fuera de horario
- 2.6.3. El servicio de ambulancias para traslados desde el domicilio al sanatorio será de Cobertura total, cuando las condiciones del paciente así lo ameriten.
 - 2.6.3.1. Área de cobertura: Asunción, Gran Asunción (Fernando de Mora, Luque, San Lorenzo, Ñemby, Lambaré, Villa Elisa, M. R. Alonso).

2.7. ESTUDIOS 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 del paciente
- 2.7.1.2. Estudio/s solicitado/s
- 2.7.1.3. Fecha de emisión, firma y sello del médico tratante en convenio.
- 2.7.1.4. No tendrán cobertura, estudios agregados a la orden médica original

2.7.2. ANALISIS DE LABORATORIO: ANEXO 2

2.7.2.1. LABORATORIOS EN CONVENIO:

- 2.7.2.1.1. Laboratorio H.U.S.L.

2.7.2.2. PERIODOS DE CARENCIA:

- 2.7.2.2.1. Análisis de rutina: Vigencia inmediata
- 2.7.2.2.2. Análisis especializados: 30, 60 y 90 días de carencia, ver Anexo

2.7.3. ESTUDIOS DIAGNOSTICOS E IMÁGENES: ANEXO 3

2.7.3.1. CENTROS DIAGNOSTICOS EN CONVENIO:

- 2.7.3.1.1. Centro Diagnóstico H.U.S.L.
- 2.7.3.1.2. Mamografía y Densitometría Ósea: Centro Médico La Costa-Lynch

2.7.3.2. PERIODOS DE CARENCIA:

- 2.7.3.2.1. Electrocardiograma y radiografías simples: Vigencia inmediata
- 2.7.3.2.2. Estudios diagnósticos e imágenes especialidades: 30, 60 y 90 días de carencia, ver Anexo
- 2.7.3.3. Honorarios de Anestesiólogo en estudios diagnósticos, a solicitud escrita y justificada del médico tratante, cobertura total.
- 2.7.3.4. Medicamentos, descartables y contrastes: cargo paciente

2.8. TRATAMIENTOS DE FISIOTERAPIA:

2.8.1. FISIOTERAPIA AMBULATORIA:

2.8.1.1. PERIODO DE CARENCIA: 30 días

- 2.8.1.1.1. Fisioterapia derivada de eventos traumatológicos: cobertura total hasta 20 sesiones beneficiario por año de contrato

2.9. ARANCEL DIFERENCIADO (A.D.): es el valor establecido en convenio con los profesionales médicos e instituciones prestadoras de servicios, respecto de una prestación que no cuenta con cobertura. Este Arancel en todos los casos será de cargo del Beneficiario en su totalidad.

- 2.9.1. Estudios diagnósticos y análisis de laboratorio que no formen parte de los Anexos 2 y 3, o sean utilizados antes de cumplir los períodos de carencia
- 2.9.2. Servicios y gastos derivados de Terapias de sustitución renal
- 2.9.3. Servicios y gastos derivados de Enfermedades preexistentes y crónicas declaradas por el beneficiario previo al ingreso, antes de cumplidos los períodos de carencia
- 2.9.4. Servicios y gastos derivados de Malformaciones congénitas y/o genéticas
- 2.9.5. Honorarios Médicos, estudios diagnósticos, análisis de laboratorio y otros servicios, que sobrepasen los topes establecidos
- 2.9.6. Cirugías, procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos no contemplados en las Condiciones Generales del

Plan y que no formen parte del Anexo 1, o sean utilizados antes de cumplidos los períodos de carencia

2.9.7. Tratamientos de Odontología

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

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

2.9.10. Tratamientos de Oncología Clínica y Radioterapia

2.9.11. 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 EXCLUSIVO PREMISA:

4.1.1. Toxicomanía e intoxicaciones autoprovocadas

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

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

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

4.1.5. Gastos derivados de servicios utilizados en consultorios, sanatorios, laboratorios, centros diagnósticos y cualquier otro servicio realizado por prestadores que no forme parte de la Guía de Prestadores Plan EXCLUSIVO

PREMISA, aun cuando los mismos, cuenten con contrato en calidad de prestador en convenio con PREMISA 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 cosmimetría

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

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

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

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

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

4.1.14. Internaciones posteriores al alta médica

4.1.15. Dietología, cosmetología y podología

4.1.16. Tratamientos e internaciones de pacientes psiquiátricos

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

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

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

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

4.1.21. Cobertura internacional

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

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

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

GLOSARIO DE TERMINOS CONTRACTUALES

- **ACCIDENTE:** Se considera accidente aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, imprevisto, fortuito, súbito y violento por cuya consecuencia un beneficiario puede sufrir lesiones corporales que requieran atención médica o le causen la muerte.
- **ACTO MEDICO:** prestación realizada por un profesional médico legalmente habilitado para ello, en el ejercicio de su profesión, en un sanatorio, consultorio o domicilio
- **ALTA SANATORIAL:** acto médico que determina el egreso del paciente de un centro hospitalario/sanatorial posinternación con recomendaciones e indicaciones a fin de continuar su tratamiento en forma ambulatoria
- **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 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 con los profesionales médicos e instituciones prestadoras de servicios, respecto de una prestación que no cuenta con cobertura. Este Arancel en todos los casos será de cargo del Beneficiario en su totalidad.
- **ASISTENCIA AMBULATORIA:** Modalidad de actuación realizada por uno o más integrantes del equipo de salud a pacientes en régimen de no internación (estancia de duración inferior a 24 horas)
- **ASISTENCIA SANATORIAL:** La que se presta en un Sanatorio en régimen de internación durante un mínimo de 24 horas para el tratamiento médico o quirúrgico del beneficiario
- **BENEFICIARIO ASOCIADO, FUNCIONARIO O EMPLEADO:** se denomina así al asociado, funcionario o empleado de la Contratante -en caso de Personas Jurídicas- del Plan de cobertura médica, y titular del grupo familiar.
- **BENEFICIARIO TITULAR:** es la persona física que contrata uno de los planes de cobertura médica.
- **BENEFICIARIO:** se denomina en modo general a la persona física que es sujeto de una prestación médica o sanatorial conforme al Plan de Cobertura Médica contratado.
- **BENEFICIARIOS ADICIONALES O ADHERENTES:** se denomina así a los familiares del Beneficiario Titular o a los familiares de los asociados, funcionarios o empleados en caso de persona jurídica, y que forman parte de su grupo familiar.
- **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 a sus necesidades.

- **CONDICIONES GENERALES:** Son todas aquellas condiciones que se encuentran establecidas en el Contrato de Cobertura Médica conforme al Plan elegido por el Beneficiario, y que van a regir la relación entre la Empresa y el beneficiario/paciente.
- **CO-PAGO:** es el monto de dinero que el beneficiario debe abonar al prestador en convenio al momento de recibir una prestación que no cuenta con cobertura total. Este monto puede ser un porcentaje del costo de la prestación o un valor fijo, que no es objeto de reembolso por parte de PREMISA
- **ENFERMEDAD O CONDICION PRE-EXISTENTE:** es aquella que fue diagnosticada por un médico o que presentó síntomas, desórdenes y/o signos evidentes, antes de la incorporación del beneficiario. Estas condiciones deben ser manifestadas por el beneficiario en la Declaración Jurada de Salud para su evaluación por parte de PREMISA. a través de su Departamento Médico.
- **ENFERMEDAD:** Se entenderá por enfermedad a toda alteración de la salud que resulte de la acción de agentes morbosos de origen interno o externo con relación al organismo, que amerite tratamiento médico y/o quirúrgico.
- **ENFERMEDADES CRÓNICAS:** Son aquellas persistentes o que continúan durante un período de tiempo igual o superior a 6 semanas.
- **ENFERMEDADES O DESORDENES CONGENITOS:** Son aquellos existentes al momento o antes del nacimiento, independientemente de la causa y del tiempo en que se manifiesten.
- **EVENTO:** para efectos del presente Contrato se entiende por Evento "a todo suceso relacionado a una enfermedad clínica y/o quirúrgica y sus complicaciones, hasta tanto no se hayan resuelto e independientemente de la cantidad de internaciones y/o procedimientos médico-quirúrgicos que requiera.
- **EXCLUSIONES:** Se denomina así a todos los eventos que no se encuentran cubiertos por el plan de cobertura médica, y que se encuentran detallados en las Condiciones generales del plan, sean ellos circunstancias, gastos, padecimientos, procedimientos y/o tratamientos.
- **HOSPITAL/SANATORIO:** Establecimiento de salud destinado a prestar asistencia sanitaria en régimen de internación a la población pudiendo disponer de asistencia ambulatoria u otros servicios.
- **IMPLANTE:** Producto sanitario diseñado para ser insertado total o parcialmente en el cuerpo humano mediante intervención quirúrgica o técnica especial, con finalidad diagnóstica, terapéutica y/o estética, y destinado a permanecer allí después de dicha intervención.
- **INTERCONSULTA:** Consulta realizada durante el ingreso sanatorial por un especialista diferente al médico tratante
- **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 período mayor de 24 horas.
- **PATOLOGIA AGUDA:** Aquella que aparece de forma súbita, limitada en el tiempo y que requiere tratamiento temprano
- **PATOLOGIA CRONICA REAGUDIZADA:** Patología crónica que presenta exacerbación aguda

- **PERIODO DE CARENCIA:** es el tiempo que debe transcurrir a partir del día de aceptación de su incorporación como beneficiario para gozar de los distintos servicios contemplados en el Plan contratado. Durante este período los servicios sujetos a carencia de cobertura se beneficiarán con Aranceles Diferenciados.
- **PLAN DE SALUD:** es el Menú de Prestaciones Médicas, Sanatoriales y Diagnósticas establecidas en las Condiciones Generales de Prestación y Beneficios del Plan contratado.
- **PRESTADORES EN CONVENIO:** son los profesionales médicos con los cuales PREMISA 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.

Referencias:

- CP: Cobertura parcial del arancel en convenio, diferencia a cargo del paciente
- CC: Cobertura compartida, 50% a cargo de PREMISA y 50% a cargo del paciente
- CT: Cobertura Total (100%)



**PLAN
EXCLUSIVO
PREMISA**



PREMISA
Medicina preparada a tu alcance

**COBERTURA DE
HONORARIOS MÉDICOS**

ANEXO 1: COBERTURA DE HONORARIOS MÉDICOS

COBERTURA DE HONORARIOS MÉDICOS	COBERTURA
CONSULTAS EN CONSULTORIO	CT
CONSULTAS SERVICIOS DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS: MEDICO DE GUARDIA	CT
INTERCONSULTAS	
INTERCONSULTA ESPECIALISTA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS	CT
INTERCONSULTA ESPECIALISTA EN SALA	CT
INTERCONSULTA DE ESPECIALISTA EN UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA	CT
VISITAS EN INTERNACION	
VISITAS EN SALA DEL MEDICO TRATANTE	CT
VISITA EN SALA DEL ESPECIALISTA INTERCONSULTOR	CT
UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA	
HONORARIOS DEL TERAPISTA COORDINADOR - UTI ADULTOS	CT
HONORARIOS DEL TERAPISTA COORDINADOR - UTI PEDIATRICA	CT
PROCEDIMIENTOS DE URGENCIA Y/O EMERGENCIA	
INSTALACION DE VIA VENOSA CENTRAL	CT
INSTACION DE VIA VENOSA UMBILICAL	CT
INSTACION DE VIA ARTERIAL	CT
PUNCION LUMBAR	CT
DRENAJE LUMBAR	CT
DESCUBIERTA VENOSA	CT
DESCUBIERTA VENOSA YUGULAR	CT
MONITOREO INTRAOPERATORIO: CLINICO/PEDIATRA	
MONITOREO INTRAOPERATORIO MEDIANA COMPLEJIDAD	CT
CIRUGIAS Y PROCEDIMIENTOS: OFTALMOLOGIA	
BIOPSIA DE CONJUNTIVA	CT
BIOPSIA DE ORBITA	CT
BLEFAROTOMIA (absceso, orzuelo, chalazión)	CT
CAPSULOTOMÍA QUIRÚRGICA	CT
CATETERIZACIÓN DEL SACO LAGRIMAL EN QUIROFANO CON ANESTESIA GENERAL	CT
CIRUGIA DE RETINA POR MÉTODO CONVENCIONAL (RETINOPEXIA)	CC
ESCISIÓN DE LESIÓN DE PÁRPADOS, SUTURA SIMPLE	CT
EXCISIÓN DE LESIÓN DE CONJUNTIVA (QUISTE, EPITELIOMA, NEVUS, PTERIGION)	CT
EXTRACCIÓN DE CATARATA UNILATERAL (EECC)	CT

EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO	CT
EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN CONSULTORIO	CT
FACOEMULSIFICACIÓN DEL CRISTALINO	CC
HERIDAS PENETRANTES CORNEALES	CT
HERIDAS PENETRANTES ESCLERALES	CT
INYECCION DE SUBSTANCIAS TERAPEUTICAS RETROBULBARES (en consultorio)	CT
INYECTABLES SUB CONJUNTIVALES	CT
LAVADO DE SACO LAGRIMAL EN CONSULTORIO	CT
LAVADO Y EXTRACCIÓN DE CUERPO CXTRAÑO EN CÁMARA ANTERIOR	CT
NEUROTOMIA DEL NERVIÓ OPTICO	CT
QUEMADURA CONJUNTIVA BULBAR Y TARSAL + TODA LA CÓRNEA + ESTRUCTURAS INTERNAS	CT
SUTURA DE CONJUNTIVA	CT
SUTURA DE CÓRNEA	CT
CIRUGIAS Y PROCEDIMIENTOS: OTORRINOLARINGOLOGIA	
AMIGDALECTOMIA, ADENOIDECTOMIA Y/O ADENOAMIGDALECTOMIA	CT
BIOPSIA DE ENCIA. SUTURA DE ENCIA	CT
BIOPSIA DE FARINGE	CT
BIOPSIA DE GLANDULA SALIVAL. EXTRACCION INCISIONAL DE CALCULOS SALIVALES	CT
BIOPSIA DE LESION DE LABIO (TU)	CT
BIOPSIA DE LESION DE NASOFARINGE	CT
CAUTERIZACION DE CORNETES	CT
CAUTERIZACION QUIMICA DE VARICES SEPTALES	CT
ELECTROCAUTERIZACION DE VARICES SEPTALES	CT
ESCISION DE LESION LOCAL DE CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO. INCISION Y DRENAJE DE CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO Y DE PIEL DE OIDO. BIOPSIA.	CT
ESCISION LOCAL DE LESION DE LABIO (TU)	CT
ESCISION LOCAL DE LESION DE LENGUA (TU)	CT
ESCISION RADICAL DE GLANDULA SUBMAXILAR	CC
EXTIRPACION DE RANULA	
EXTRACCION DE CALCULO SALIVAL, CATETERIZACION, DILATACION DEL CONDUCTO	CT
EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE NARIZ	CT
EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE OIDO	CT
GLOSOTOMIA CON DRENAJE DE ABSCESO CON EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO. SUTURA DE LENGUA. BIOPSIA DE LENGUA.	CT
INCISION Y DRENAJE DE AMIGDALAS	CT

INCISION Y DRENAJE DE AURICULA.	CT
INCISION Y DRENAJE DE GLANDULA PAROTIDA, SUBMAXILAR O SUS CONDUCTOS	CC
INCISION Y DRENAJE DE LABIO (ABSCESO). SUTURA DE LABIO. BIOPSIA DE LABIO	CT
INCISION Y DRENAJE DE PALADAR (ABSCESO). SUTURA DE PALADAR. BIOPSIA DE PALADAR	CT
INCISION Y DRENAJE DE PISO DE BOCA. BIOPSIA DE MUCOSA BUCAL. SUTURA DE BOCA (PISO O CARA MUCOSA DE MEJILLA)	CT
LARINGOSCOPIA DIRECTA CON EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO	CT
LAVADO DE OIDO	CT
MIRINGOTOMIA CON COLOCACION DE TUBO DE DRENAJE (no incluye diábolos)	CT
MIRINGOTOMIA SIN COLOCACION DE TUBO DRENAJE	CT
REDUCCIÓN DE FRACTURA NASAL	CT
SUTURA DE FARINGE	CT
SUTURA DE NARIZ. BIOPSIA DE NARIZ	CT
TAPONAMIENTO NASAL	CT
TRAQUEOSTOMÍA	CT
TURBINECTOMIA PARCIAL O COMPLETA SIMPLE. RESECCION SUBMUCOSA DEL CORNETE INFERIOR	CT
CIRUGÍAS VENOSAS	
CROSECTOMIA SIMPLE	CT
FLEBECTOMIA	CT
SAFENECTOMIA INTERNA O EXTERNA + FLEBECTOMIA	CT
SAFENECTOMIA INTERNA O EXTERNA SIMPLE	CT
SAFENECTOMIA INTERNA Y EXTERNA (4 SAFENAS) + FLEBECTOMIA	CT
SAFENECTOMIA INTERNA Y EXTERNA SIMPLE (4 SAFENAS)	CT
SAFENECTOMIA INTERNA Y/O EXTERNA + FLEBECTOMIA	CT
SAFENECTOMIA SIMPLE INTERNA Y/O EXTERNA	CT
TROMBECTOMÍA CON ANESTESIA LOCAL	CT
TROMBECTOMÍA CON FLEBECTOMÍA PARCIAL	CT
CIRUGIAS Y PROCEDIMIENTOS: REGIÓN CERVICAL	
BIOPSIA DE GANGLIO CERVICAL	CT
CERVICOTOMIA EXPLORADORA	CT
DRENAJE DE ABCESO CERVICAL	CT
CIRUGIAS Y PROCEDIMIENTOS: MAMA	
BIOPSIA AXILAR	CT
BIOPSIA QUIRURGICA INCISIONAL Y/O EXCISIONAL DE TUMOR	CT
CUADRANTECTOMIA - PATOLOGIA BENIGNA	CT

CUADRANTECTOMIA - PATOLOGIA MALIGNA	CT
DRENAJE QUIRURGICO DE ABSCESO MAMARIO	CT
DUCTOGALACTOFORECTOMIA	CT
FISTULECTOMIA	CT
MASTECTOMIA SIMPLE o TOTAL	CT
PUNCION AGUJA FINA	CT
PUNCION AGUJA FINA BAJO GUIA ECOGRAFICA	CT
PUNCION ASPIRATIVA DE QUISTES	CT
PUNCION ASPIRATIVA DE QUISTES BAJO GUIA ECOGRAFICA	CT
PUNCION BIOPSIA TRUCUT	CT
PUNCION BIOPSIA TRUCUT BAJO GUIA ECOGRAFICA	CT
RESECCION DE NODULO	CT
TUMORECTOMIA	CT
CIRUGIAS Y PROCEDIMIENTOS: ESTÓMAGO, INTESTINO DELGADO, COLON, ANORECTAL	
ABCESO ANORECTAL - DRENAJE	CT
ABCESO ISQUIORECTAL - DRENAJE	CT
ABCESO RECTAL - CON RESECCIÓN DE LA CRIPTA O FÍSTULA	CT
APENDICECTOMÍA	CT
APENDICECTOMÍA POR VIDEOLAPAROSCOPIA	CT
BIOPSIA RECTAL (POR VÍA QUIRÚRGICA)	CT
COLOCACIÓN DE SONDA NASOGÁSTRICA	CT
DESVOLVULACION QUIRÚRGICA	CT
ENTEROTOMÍA Y/O ENTERORRAFIA	CT
FECALOMA - REMOCIÓN MANUAL	CT
FISTULECTOMÍA ANAL	CT
FISURECTOMÍA	CT
HEMORROIDECTOMÍA ABIERTA O CERRADA	CT
HEMORROIDES - LIGADURA ELÁSTICA (POR SESIÓN)	CT
HEMORROIDES - TRATAMIENTO ESCLEROSANTE (POR SESIÓN)	CT
ILEOSTOMÍA O CIERRE DE ILEOSTOMÍA	CT
PERFORACIÓN DUODENAL O DEL INTESTINO DELGADO - TRATAMIENTO QUIRÚRGICO	CT
PERITONITIS (APENDICULAR)	CT
PERITONITIS (APENDICULAR) POR VIDEOLAPAROSCOPIA	CT
QUISTE MESENTÉRICO - TRATAMIENTO QUIRÚRGICO	CT
RESECCIÓN DEL INTESTINO DELGADO Y ANASTOMOSIS	CT
TROMBOSIS HEMORROIDARIA -EXCERESIS-TROMBECTOMÍA	CT

YEYUNOSTOMÍA	CT
CIRUGIAS Y PROCEDIMIENTOS: HÍGADO, VIAS BILIARES, PANCREAS, ABDOMEN, PERITONEO Y RETROPERITONEO	
ABSCESO DE PARED - TRATAMIENTO QUIRÚRGICO	CT
ABSCESO HEPÁTICO - DRENAJE PERCUTÁNEO	CT
ABSCESO HEPÁTICO - DRENAJE QUIRÚRGICO	CT
BIOPSIA DE PÁNCREAS - PERCUTÁNEA	CT
BIOPSIA DE PÁNCREAS POR LAPAROTOMÍA	CT
BIOPSIA DE PARED ABDOMINAL	CT
BIOPSIA HEPÁTICA (PERCUTÁNEA)	CT
BIOPSIA HEPÁTICA (POR LAPAROTOMÍA)	CT
COLECISTECTOMÍA CON COLANGIOGRAFÍA	CT
COLECISTECTOMIA POR VIA LAPAROSCOPICA	CT
COLECISTECTOMÍA SIN COLANGIOGRAFÍA	CT
COLECISTOSTOMÍA	CT
DRENAJE ABSCESO ABDOMINAL PERCUTÁNEO	CT
DRENAJE BILIAR TRANS-HEPÁTICO (Abierto o percutáneo)	CC
DRENAJE QUIRÚRGICO DE COLECCIÓN PERITONEAL (INTERASAS O SUBFRÉNICO)	CT
HEPATORRAFIA	CT
HEPATORRAFIA COMPLEJA CON LESIÓN DE ESTRUCTURAS VASCULARES Y/O BILIARES	CC
HERNIOPLASTIA CRURAL	CT
HERNIOPLASTIA INGUINAL	CT
HERNIOPLASTIA INGUINAL POR VIDEOLAPAROSCOPIA	CT
HERNIORRAFIA COMPLICADA O ESTRANGULADA-SIN RESECCIÓN INTESTINAL	CT
HERNIORRAFIA UMBILICAL O EPIGÁSTRICA	CT
LAPAROTOMÍA EXPLORADORA	CT
OMENTECTOMIA PARCIAL O TOTAL	CT
PANCREATORRAFÍA	CT
PARACENTESIS TERAPÉUTICA	CT
RESECCION DE QUISTE HEPÁTICO CON HEPATECTOMÍA	CT
RESECCIÓN DE QUISTE HEPÁTICO SIN HEPATECTOMÍA	CT
RESECCION DE TUMOR DE VESÍCULA O DE LA VÍA BILIAR SIN HEPATECTOMÍA	CT
TUMORACIÓN RETROPERITONEAL - EXCERESIS	CT
VIDEOLAPAROSCOPIA DIAGNOSTICA	CT
CIRUGIAS Y PROCEDIMIENTOS: UROLOGIA	
ABSCESO PERIURETRAL (drenaje quirúrgico)	CT

ABSCESO PROSTATICO (drenaje)	CT
ABSCESO RENAL / PERIRRENAL (drenaje percutáneo)	CT
ABSCESO RENAL / PERIRRENAL (drenaje quirúrgico)	CT
ADENOMECTOMIA PROSTATICA A CIELO ABIERTO	CT
BIOPSIA DE EPIDIDIMO. BIOPSIA DE CORDON	CT
BIOPSIA DE PENE	CT
BIOPSIA DE TESTICULO	CT
BIOPSIA ENDOSCOPICA DE URETER	CT
BIOPSIA ENDOSCOPICA DE URETRA	CT
BIOPSIA ESCROTAL	CT
BIOPSIA PROSTATICA	CT
BIOPSIA PROSTATICA ECODIRIGIDA	CT
BIOPSIA RENAL (quirúrgico)	CT
BIOPSIA RENAL PERCUTANEA (eco dirigida)	CT
CAMBIO DE SONDA DE TALLA VESICAL (paciente internado)	CT
CATETERISMO URETERAL	CT
CAUTERIZACION DE LECHO PROSTATICO POR HEMORRAGIA	CT
CISTOLITOTOMIA A CIELO ABIERTO	CT
CISTORRAFIA (TRAUMA)	CT
CISTOSCOPIA + BIOPSIA FRIA DE VEJIGA	CT
CISTOSTOMIA SUPRAPUBICA POR PUNCION (talla vesical por punción)	CT
CISTOSTOMIA SUPRAPUBICA QUIRURGICA (talla vesical quirúrgica)	CT
COLOCACION DE SONDA VESICAL (paciente internado)	CT
COLOCACION ENDOSCOPICA DE DOBLE J	CT
COLOCACION QUIRURGICA DE CATETER DOBLE J	CT
DILATAACION ENDOSCOPICA DE URETER	CC
DRENAJE DE ABSCESO DE EPIDIDIMO	CT
DRENAJE DE ABSCESO ESCROTAL	CT
EXCERESIS DE QUISTE ESCROTAL	CT
LAVADO VESICAL MANUAL A TRAVES DE SONDA URETROVESICAL (retención coágulos)	CT
LUMBOTOMIA EXPLORADORA	CT
MARZUPIALIZACION DE QUISTE RENAL (quirúrgico)	CT
MEATOTOMIA URETRAL	CT
NEFRECTOMIA PARCIAL (enfermedad benigna)	CT
NEFRECTOMIA TOTAL (quirúrgico)	CT
NEFROLITOTOMIA A CIELO ABIERTO	CT

NEFROLITOTOMIA ANATROFICA	CT
NEFRORRAFIA (trauma).	CT
PIELOLITOTOMIA ABIERTA	CT
PIELOPLASTIA ABIERTA	CT
REPARACION TESTICULAR (trauma)	CT
RESECCION PARCIAL DEL ESCROTO	CT
RESECCION TRASURETRAL DE PROSTATA (R.T.U.)	CC
RETIRO DE CATETER DOBLE J POR CISTOSCOPIA	CT
TRATAMIENTO ESCLEROSANTE DEL QUISTE RENAL	CT
TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA TORSION TESTICULAR	CT
URETEROLISIS	CT
URETEROLITOTOMIA (quirúrgica)	CT
URETEROSTOMIA CUTANEA	CC
URETRORRAFIA POR DESGARRO, HERIDA	CT
URETOSTOMIA	CT
URETROTOMIA INTERNA CIEGA (otitis)	CT
VESICOSTOMIA QUIRURGICA	CT
OPERACIONES Y PROCEDIMIENTOS: GINECOLOGIA	
AMPUTACIÓN DE CUELLO (TRAQUELECTOMÍA, TRAQUEOPLASTIA)	CT
ANEXO HISTERECTOMIA TOTAL	CT
BIOPSIA DE CUELLO UTERINO	CT
BIOPSIA DE CUELLO UTERINO MÁS LEGRADO ENDOCERVICAL	CT
BIOPSIA DE VAGINA PUNCIÓN DE VAGINA. PUNCIÓN DE SACO DE DOUGLAS	CT
BIOPSIA ENDOMETRIAL	CT
BIOPSIA ENDOMETRIAL AMBULATORIA	CT
BIOPSIA VULVAR	CT
COLPORRAFIA ANTERIOR	CT
COLPORRAFIA ANTERIOR Y POSTERIOR	CT
COLPORRAFIA POSTERIOR	CT
CONIZACIÓN DE CUELLO	CT
DRENAJE DE ABCESO DE GLÁNDULA DE BARTOLINO	CT
EMBARAZO ECTOPICO	CT
ESCISIÓN LOCAL DE LESIÓN DE VAGINA	CT
EXÉRESIS DE QUISTE VAGINAL	CT
EXTIRPACIÓN DE GLÁNDULA BARTHOLINO	CT

HISTERECTOMÍA RADICAL: COLPOANEXOHISTERECTOMIA AMPLIADA (OP. DE WERTHEIM - MEIGS)	CT
HISTERECTOMÍA SUB-TOTAL	CT
HISTERECTOMIA TOTAL ABDOMINAL	CT
HISTERECTOMÍA TOTAL VAGINAL	CT
HISTERECTOMIA VAGINAL ASISTIDA POR VIDEOLAPAROSCOPIA	CC
HISTERORRAFIA: SUTURA RUPTURA UTERINA INTRAPARTO	CT
HISTEROSCOPIA DIAGNOSTICA	CT
LEGRADO BIÓPSICO. RASPADO UTERINO DIAGNÓSTICO	CT
LEGRADO ENDOCERVICAL	CT
LEGRADO EVACUADOR. RASPADO UTERINO TERAPÉUTICO	CT
MIOMECTOMIA HISTEROSCOPICA	CC
MIOMECTOMÍA UTERINA ABDOMINAL	CT
MIOMECTOMÍA UTERINA ABDOMINAL POR VIDEOLAPAROSCOPIA	CC
OOFOROSALPINGECTOMIA / ANEXECTOMIA	CT
OOFOROSALPINGECTOMIA / ANEXECTOMIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA	CC
PERINEORRAFIA	CT
POLIPECTOMIA ENDOCERVICAL + LEGRADO DE BASE	CT
POLIPECTOMIA HISTEROSCOPICA	CC
QUISTECTOMIA	CT
QUISTECTOMIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA	CC
RESECCION CUNEIFORME DE OVARIOS. OOFORECTOMIA O EXTIRPACION DE OVARIO	CT
RESECCION CUNEIFORME DE OVARIOS. OOFORECTOMIA O EXTIRPACION DE OVARIO POR VIDEOLAPAROSCOPIA	CC
SALPINGECTOMIA	CT
TRATAMIENTO DESTRUCTIVO LOCAL QUIMICO	CT
TRATAMIENTO POR LEEP: CONIZACIÓN DE CUELLO	CT
VIDEOLAPAROSCOPIA DIAGNOSTICA	CC
VULVECTOMÍA SIMPLE	CT
CIRUGIAS OBSTETRICAS	
PARTO VAGINAL	CT
CESÁREA CLASICA	CT
CIRUGIAS Y PROCEDIMIENTOS: TRAUMATOLOGIA	
AMPUTACION Y DESARTICULACION DE MIEMBROS DE ORIGEN TRAUMATICO (accidentes)	CT
ARTROCENESIS DIAGNOSTICA O TERAPEUTICA	CT
CIRUGIA DE FRACTURAS (OSTEOSINTESIS)	CT

ENYESADO	CT
INCISIONES DE LOS HUESOS (Exploración, drenaje, extracción de cuerpo extraño, biopsia quirúrgica)	CT
INFILTRACIONES hasta 1 sesión por beneficiario/año de Cto. (no incluye medicamento).	CT
LUXACION TRATAMIENTO CRUENTO (reducción quirúrgica de luxación y fijación o reparación)	CT
LUXACION-TRATAMIENTO INCRUENTO	CT
MANIPULACION DE FRACTURAS NO QUIRURGICAS (con desplazamiento)	CT
OPERACIONES EN TENDONES, VAINAS TENDINOSAS Y FASCIA (Exploración, drenaje, infección, tenosinovitis, Cuerpo extraño, tenotomía, fasciotomía, biopsia escisión de lesión)	CT
SUTURA CAPSULAS O LIGAMENTOS ARTICULARES Y OPERACIONES EN BOLSAS SEROSAS	CT
TRATAMIENTO INCRUENTO DE FRACTURA (sin desplazamiento) CERRADAS	CT
CIRUGIAS ARTROSCOPICA DE RODILLA	
ARTROSCOPIA DIAGNOSTICA	CT
MENISCECTOMIA	CT
SUTURA MENISCAL	CT
EXTRACCION DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS	
CLAVICULA, HUMERO, RADIO, CUBITO (díafisis)	CT
MUÑECA y MANO	CT
PELVIS	CT
FEMUR y TIBIA	CT
TOBILLO	CT
PIE	CT
PROCEDIMIENTOS EN PIEL, TUMORES BENIGNOS Y MALIGNOS	
BIOPSIA DE PIEL, TUMORES SUPERFICIALES, TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO. LINFONODO SUPERFICIAL, ETC.	CT
DRENAJE DE ABSCESOS Y GANGLIOS SUPERFICIALES (Adenoflemon)	CT
ESCISIÓN DE LIPOMA	CT
ESCISIÓN DE UÑA, LECHO O REPLIEGUE UNGUEAL	CT
ESCISIÓN LOCAL DE LESIONES DE PIEL O GLÁNDULAS, LESIÓN CICATRIZAL, INFLAMATORIA, O TUMORAL BENIGNA (Quiste sebáceo, ántrax, nevus, etc.)	CT
EXTIRPACIÓN DE LESIONES DE PIEL (verrugas, nevus) POR ELECTROCOAGULACIÓN O APLICACIÓN DE SUSTANCIAS QUÍMICAS	CT
EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN AREAS NO VASCULARES	CT

INCISIÓN Y DRENAJE DE ABSCESO SUBCUTÁNEO, HIDROADENITIS, QUISTE SEBÁCEO INFECTADO, FORÚNCULO, PANADIZO, FLEMÓN, HEMATOMA, ANTRAX, ETC. EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO SUPERFICIAL.	CT
SUTURA DE HERIDA CON O SIN DEBRIDAMIENTO	CT
TOMA DE BIOPSIA CON PUNCH	CT

ANEXO 2: ANÁLISIS LABORATORIALES

ANÁLISIS DE LABORATORIO	COBERTURA	CARENCIA (Ds.)
ANÁLISIS DE RUTINA		
ACIDO URICO	CT	0
ACIDO URICO (O)	CT	0
COLESTEROL TOTAL	CT	0
CREATININA	CT	0
CREATININA (O)	CT	0
ERITROSEDIMENTACION	CT	0
FORMULA LEUCOCITARIA	CT	0
GLUCOSA	CT	0
GLUCOSA (O) - GLUCOSURIA	CT	0
HEMATOCRITO	CT	0
HEMOGLOBINA	CT	0
HEMOGRAMA CON ERITROSEDIMENTACION	CT	0
ORINA - CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA	CT	0
ORINA - RUTINA	CT	0
ORINA 1ER CHORRO - CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA	CT	0
ORINA CHORRO MEDIO - CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA	CT	0
RECuento DE GLOBULOS BLANCOS	CT	0
RECuento DE GLOBULOS ROJOS	CT	0
RECuento DE PLAQUETAS	CT	0
TIPIFICACION	CT	0
TRIGLICERIDOS	CT	0
UREA	CT	0
UREA (O)	CT	0
ANÁLISIS ESPECIALIZADOS		
% DE SATURACION DE HIERRO	CT	30
ACIDO FOLICO	CT	60
ACIDO LACTICO	CT	60

ACIDO VALPROICO	CT	30
ACIDO VANIL MANDELICO - AVM	CC	90
ADENOVIRUS - AG (SEC. NASAL) TEST RAPIDO - MET: INMUNOCROMATOGRAFIA	CC	90
ADENOVIRUS EN HECES	CC	90
ADENOVIRUS IGG	CC	90
ADENOVIRUS IGM	CC	90
AGLUTININA ANTI A	CT	30
AGLUTININA ANTI B	CT	30
ALBUMINA	CT	30
ALBUMINA (O)	CT	30
ALDOLASA	CT	30
ALFA I ANTITRIPSINA	CT	90
ALFAPETOPROTEINA (AFP)	CT	90
ALFAPETOPROTEINA EN SUERO MATERNO (AFP)	CT	90
AMILASA - ALFA AMILASA - AMILASEMIA	CT	30
AMILASA (O) - ALFA AMILASA (O) - AMILASURIA	CT	30
ANDROSTENEDIONA	CC	90
ANTI CARDIOLIPINA IGA	CC	90
ANTI CARDIOLIPINA IGG	CC	90
ANTI CARDIOLIPINA IGM	CC	90
ANTI TRYPANOSOMA IGG	CT	60
ANTI TRYPANOSOMA IGM	CT	60
ANTIBIOGRAMA PARA ANAEROBIOS Y AEROBIOS	CT	30
ANTIC ANTI DNA	CT	60
ANTIC ANTI HIV (Incl. AC/AG/P24)	CT	90
ANTIC ANTI MUSCULO LISO	CT	60
ANTIC ANTI RUBEOLA - IGG	CT	90
ANTIC ANTI RUBEOLA - IGM	CT	90
ANTIC ANTI TOXOPLASMA IGG	CT	60
ANTIC ANTI TOXOPLASMA IGM	CT	60
ANTIC ANTIENDOMISIO IGA	CC	90
ANTIC ANTIENDOMISIO IGG	CC	90

ANTIC ANTIGLIADINA IGA	CT	60
ANTIC ANTIGLIADINA IGG	CT	60
ANTIC ANTIMICROSOMALES (ATPO)	CT	60
ANTIC ANTIMITOCONDRIALES	CT	60
ANTIC ANTINUCLEARES (ANA)	CT	60
ANTIC ANTITIROGLOBULINAS	CT	60
ANTIC ANTITIROIDEOS (TPO-Peroxidasa-Ac. Igl y Tiroglobulina)	CC	90
ANTICUERPOS IRREGULARES	CT	60
ANTIFOSFOLIPIDOS IGG, suero	CC	90
ANTIFOSFOLIPIDOS IGM, suero	CC	90
ANTIGENOS FEBRILES	CT	30
ASCA IgA (ANTIC. IgA anti-Sacchoromyces cerevisiae)	CC	90
ASCA IgG (ANTIC. IgG anti-Sacchoromyces cerevisiae)	CC	90
ASPECTO DEL SUERO	CT	30
ASTO	CT	30
AZUCARES REDUCTORES (BENEDIC) - AZUCARES REDUCTORES (O)	CT	30
BETA 2 - MICROGLOBULINA	CT	60
BICARBONATO ACTUAL	CT	30
BILIRRUBINA DIRECTA	CT	30
BILIRRUBINA INDIRECTA	CT	30
BILIRRUBINA TOTAL - BILIRRUBINA T, D e I	CT	30
BILIS - CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA	CT	60
BUN (Nitrógeno Ureico en Sangre)	CT	30
BUSQUEDA DE ACAROS	CT	30
C3	CC	60
C4	CC	60
CA 125	CC	90
CA 15,3	CC	90
CA 19,9	CC	90
CA 27,29		
CALCIO	CT	30
CALCIO (O)	CT	30
CALCIO IONICO	CT	30

CALCIO O (ESPONTANEA)	CT	30
CALCITONINA	CC	90
CALCULO URINARIO	CT	30
CAMPYLOBACTER - CULTIVO	CT	60
CEA (ANTIGENO CARCINO EMBRIONARIO)	CT	90
CENTROMERO	CC	90
CERULOPLASMINA	CC	90
CETONEMIA	CT	30
CETONURIA	CT	30
CH 100 (COMPLEMENTO HEMOLITICO)	CC	90
CHAGAS AC (METODO LATEX)	CC	30
CHAGAS AC IGG	CT	30
CHAGAS AC IGM	CT	30
CHLAMYDIAS AC IGG	CT	90
CHLAMYDIAS AC IGM	CT	90
CHLAMYDIAS ORINA	CT	60
CHLAMYDIAS PNEUMONIAE IGG (sangre)	CT	60
CHLAMYDIAS PNEUMONIAE IGM (sangre)	CT	60
CHLAMYDIAS SECRESION CONJUNTIVAL	CT	60
CHLAMYDIAS SECRESION GENITAL	CT	60
CITOMEGALOVIRUS - COLOR GIEMSA	CT	30
CK - MB	CT	30
CK - MM	CT	60
CK - TOTAL	CT	30
CLEARENCE DE CREATININA	CT	30
CLEARENCE DE UREA	CT	30
CLORUROS	CT	30
CLORUROS - LCR	CT	30
CLORUROS (O)	CT	30
CLOTEST	CC	60
CMV - IGG (ANT ANTICITOMEGALOVIRUS)	CC	90
CMV - IGM (ANT ANTICITOMEGALOVIRUS)	CC	90
COLESTEROL HDL	CT	30

COLESTEROL LDL	CT	30
COLESTEROL VLDL	CT	30
COLINESTERASA	CT	30
COLORACION DE GIEMSA	CT	30
COLORACION DE GRAM	CT	30
COLORACION DE KINYOUN	CT	30
COLORACION DE TINTA CHINA	CT	30
COLORACION DE ZIEHL - NEELSEN	CT	30
COMPLEMENTO HEMOLITICO (CH 50)	CC	90
COOMBS DIRECTO	CT	30
COOMBS INDIRECTO	CT	30
COOMBS INDIRECTO CUANTITATIVO	CT	30
COPROCULTIVO	CT	60
COPROFUNCIONAL	CT	60
COPROPORFIRINAS	CC	90
CORTISOL AM	CC	60
CORTISOL PLASMATICO	CC	60
CORTISOL PM	CC	60
CORTISOL URINARIO	CC	60
COXIELLA BURNETTI IGG	CC	60
COXIELLA BURNETTI IGM	CC	60
CRISIS SANGUINEA COMPLETA (PERFIL DE COAGULACION - COAGULOGRAMA)	CT	30
CRIOAGLUTININAS	CT	30
CRIOGLOBULINAS	CT	30
CRIPTOCOCCUS (LATEX PARA TORULA)	CT	90
CUERPOS CETONICOS	CT	30
CUERPOS CETONICOS (O)	CT	30
CULTIVO EN AEROBIOSIS	CT	60
CULTIVO EN ANAEROBIOSIS	CT	60
CULTIVO PARA BAAR	CC	90
CULTIVO PARA GERMESES COMUNES	CT	60
CULTIVO PARA LISTERIA	CT	60

CURVA DE GLUCOSA (03 HORAS)	CT	30
CURVA DE GLUCOSA (04 HORAS)	CT	30
CURVA DE GLUCOSA (05 HORAS)	CT	30
CURVA DE GLUCOSA (EMBARAZO)	CT	30
DEHIDROTESTOSTERONA	CC	60
DENGUE IGG CROMATOGRAFIA	CT	30
DETECCION DE CRISTALES	CT	30
DHEA SULFATO (DHEA-SO4)	CT	60
DIGOXINA	CT	60
DIMERO D	CC	90
DIMERO D CUANTITATIVO	CC	90
DOSAJE DE NTX - PYRILINKS (OSTEOPOROSIS)	CC	90
EBV - EA IGG	CC	90
EBV - EA IGM	CC	90
EBV - EBNA IGG	CC	90
EBV - EBNA IGM	CC	90
EBV - VCA IGG	CC	90
EBV - VCA IGM	CC	90
ECHO VIRUS IGG	CC	90
ECHO VIRUS IGM	CC	90
ELECTROFORESIS DE HEMOGLOBINA	CC	90
ELECTROFORESIS DE LIPOPROTEINAS	CC	90
ELECTROFORESIS DE PROTEINAS	CC	60
ELECTROFORESIS DE PROTEINAS (LCR)	CC	90
ELECTROLITOS - IONOGRAMA (NA + K + CL)	CT	30
ELECTROLITOS (O)	CT	30
ENZIMAS CARDIACAS (GOT - CK TOTAL - CK MB - LDH)	CT	30
ESPERMA - CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA	CT	60
ESPUTO - COLORACION DE ZIEHL	CT	30
ESPUTO - EOSINOFILOS - MASTOCITOS	CT	30
ESPUTO - FROTIS	CT	30
ESPUTO CULTIVO PARA BAAR	CT	60
ESPUTO CULTIVO PARA GERMENES COMUNES (ESPUTO, CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA)	CT	60

ESTEATOCRITOS	CC	90
ESTRADIOL	CC	60
ESTRIOL LIBRE	CC	90
ESTUDIO CAPILAR - INVESTIGACION DE HONGOS	CT	30
EXCRECION DE CREATININA	CT	30
FACTOR REUMATOIDEO (ARTRITEST)	CT	30
FENIL ALANINA	CC	90
FENIL CETONURIA	CT	30
FENILHIDANTOINA	CT	60
FERRITINA	CT	90
FIBRINOGENO	CT	30
FIBRINOLISIS	CT	30
FOSFATASA ACIDA PROSTATICA - PAP	CT	60
FOSFATASA ACIDA TOTAL	CT	30
FOSFATASA ALCALINA	CT	30
FOSFOLIPIDOS	CT	30
FOSFORO	CT	30
FOSFORO (O)	CT	30
FROTIS	CT	30
FROTIS DE SANGRE PERIFERICA (FSP)	CT	30
FRUCTOSAMINA	CT	30
FSH	CC	60
FSH SERIADOS	CC	90
FTA - ABS EN LCR IGG	CT	30
FTA - ABS EN LCR IGM	CT	30
FTA - ABS IGG AC	CT	30
FTA - ABS IGM AC	CT	30
FTI	CT	30
GALACTOSEMIA	CC	90
GAMMA GT	CT	30
GASES ARTERIALES (GASOMETRIA ARTERIAL) Tope de Cobertura: 3	CT	60
GASES VENOSOS (GASOMETRIA VENOSA) Tope de Cobertura: 3	CT	60
GLOBULINA	CT	30

GLUCOSA PRE Y POST PRANDIAL	CT	30
GOT / AST	CT	30
GPT / ALT	CT	30
GRAVINDEX	CT	30
H.O.M.A.	CT	30
HAPTOGLOBINA	CT	60
HAV - IGG (ANTIC HEPATITIS A)	CC	60
HAV - IGM (ANTIC HEPATITIS A)	CC	60
HBC - AC IGG (ANTI CORE)	CC	30
HBC - AC IGM (ANTI CORE)	CC	60
HBC AC (ANTI CORE TOTAL)	CC	60
HBE - AC (Hepatitis E Anticuerpo)	CC	90
HBE - AG	CC	90
HBS - AC	CC	60
HBS - AG (ANTIGENO DE SUPERFICIE - HEPATITIS B)	CC	90
HCG CUANTITATIVO TUMORAL (MARCADOR TUMORAL)	CC	60
HCG LIBRE	CC	90
HCG SUB UNIDAD BETA	CT	30
HCG SUB UNIDAD BETA CUANTITATIVA	CT	90
HCV - AC (ANTIC HEPATITIS C)	CC	90
HECES - BENEDICT	CT	30
HECES - EXAMEN PARASITOLOGICO	CT	30
HECES - EXAMEN PARASITOLOGICO SERIADO	CT	30
HECES - FLORA MICROBIANA	CT	30
HECES - FROTIS	CT	30
HECES - HONGOS	CT	30
HECES - MICROSCOPIA FUNCIONAL	CT	30
HELICOBACTER PYLORI IGA	CC	90
HELICOBACTER PYLORI IGG	CC	90
HELICOBACTER PYLORI IGM	CC	90
HEMOCULTIVO EN AEROBIOSIS (cada muestra)	CC	90
HEMOCULTIVO EN ANAEROBIOS (cada muestra)	CC	90
HEMOGLOBINA FETAL	CT	30

HEMOGLOBINA GLICOSILADA - HBA1C (GLUCOHEMOGLOBINA)	CT	60
HEMOPARASITOS - GOTA GRUESA	CT	30
HEMOPARASITOS - OBSERVACION DIRECTA	CT	30
HERPES - SECRESION GENITAL	CT	30
HEV - AC (ANTIC HEPATITIS E)	CC	60
HIDATIDOSIS (ANT ANTIHIDATIDICO)	CC	90
HIERRO SERICO	CT	30
HISTOPLASMINA INTRADERMOREAC	CC	90
HONGOS - CULTIVO E IDENTIFICACION	CT	60
HONGOS - EXAMEN EN FRESCO	CT	30
IDENTIFICACION DE PARASITOS	CT	30
IGA	CC	30
IGA SECRETORIA	CC	90
IGE TOTAL	CC	90
IGF-1 TIPO INSL (somatomedina)	CC	90
IGG	CC	30
IGM	CC	30
INDICES DE RIESGOS	CT	30
INFLUENZA A (SEC. NASAL) I.F.D.	CC	90
INFLUENZA A / B (SEC. NASAL - TEST RAPIDO)	CC	60
INFLUENZA A IGG	CC	90
INFLUENZA A IGM	CC	90
INFLUENZA AHINI	CC	90
INFLUENZA B (SEC. NASAL) I.F.D.	CC	90
INFLUENZA B IGG	CC	90
INFLUENZA B IGM	CC	90
INMUNOGLOBULINAS (IGA - IGM - IGG)	CC	90
INMUNOGLOBULINAS EN LCR (IGA - IGM -IGG)	CC	90
INSULINA BASAL	CT	60
INSULINEMIA CON TEST DE T GLUCOSA	CT	60
LATEX EN LCR	CC	90
LATEX EN LIQUIDO PLEURAL	CT	30
LATEX EN ORINA	CC	90

LATEX PARA STREPTOCOCCUS GRUPO A	CT	30
LATEX PARA STREPTOCOCCUS GRUPO B	CT	30
LAVADO BRONCO ALVEOLAR - CULTIVO Y ATB	CT	60
LAVADO GASTRICO PARASITOS	CT	30
LCR - CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA	CT	60
LCR CITOQUIMICO	CT	60
LDH	CT	30
LEGIONELLA IGG	CC	90
LEGIONELLA IGM	CC	90
LEGIONELLA PNEUMOFILA (IFD)	CC	90
LESION DE PIEL - CULTIVO HONGOS	CT	30
LESION DE UÑAS - CULTIVO HONGOS	CT	60
LESION GENITAL	CT	30
LESION GENITAL - CAMPO OSCURO	CT	30
LESION GENITAL - COLORACION DE FONTANA	CT	30
LESION GENITAL - COLORACION DE GRAM	CT	30
LH	CC	60
LH SERIADO	CC	90
LINFA CUTANEA COLORACION DE ZIEHL	CT	30
LIPASA	CT	30
LIPIDOS TOTALES	CT	30
LIQUIDO (OTROS) - CITOQUIMICO	CT	30
LIQUIDO AMNIOTICO - CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA	CT	60
LIQUIDO ARTICULAR - CRISTALES	CT	30
LIQUIDO ARTICULAR - CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA	CT	60
LIQUIDO ARTICULAR CITOQUIMICO	CT	30
LIQUIDO ASCITICO - CRISTALES	CT	30
LIQUIDO ASCITICO - CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA	CT	60
LIQUIDO GASTRICO - CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA	CT	60
LIQUIDO GASTRODUODENAL - PARASITOS	CT	30
LIQUIDO PERITONEAL - CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA	CT	60
LIQUIDO PLEURAL - CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA	CT	60
LIQUIDO PLEURAL CITOQUIMICO	CT	30

LITIO	CT	30
MAGNESIO	CT	30
MAGNESIO (O)	CT	30
MAGNESIO ERITROCITARIO	CT	30
MICROALBUMINURIA	CC	90
MIELOCULTIVO AEROBIOS	CT	60
MIELOCULTIVO ANAEROBIOS	CT	60
MIOGLOBINA	CC	60
MIOGLOBINA (O)	CC	60
MONOTEST	CT	30
MUCOPROTEINAS	CC	30
MYCOPLASMA - CULTIVO E IDENTIFICACION	CC	30
MYCOPLASMA HOMINIS (secreción genital o esperma)	CC	90
MYCOPLASMA HOMINIS EN ORINA	CC	90
MYCOPLASMA PNEUMONIAE (SEC.NASAL) (IFD)	CC	90
MYCOPLASMA PNEUMONIAE IGG	CC	90
MYCOPLASMA PNEUMONIAE IGM	CC	90
N DNA DS-AC	CT	30
NEISSERIA	CT	60
OSMOLARIDAD URINARIA	CT	30
OXIURIUS	CT	30
PARATHORMONA - PTH	CC	90
PAS	CT	90
PAS LIBRE - FREE PSA	CC	90
PAUL BUNNEL	CT	30
PCR CARDIOESPECIFICA	CC	90
PDF	CT	60
PEPTIDO C	CC	90
PERFIL HEPATICO - HEPATOGRAMA	CT	90
PERFIL LIPIDICO - LIPIDOGRAMA	CT	60
PH - HECES	CT	30
PH - ORINA	CT	30
PH-SANGRE	CT	30

PLASMA SEMINAL - BIOQUIMICA	CT	30
PORFOBILINOGENO	CT	30
POTASIO	CT	30
POTASIO (O)	CT	30
PPD	CT	60
PREPARACION DE CELULAS LE	CT	30
PROGESTERONA	CC	60
PROLACTINA	CC	60
PROTEINA C REACTIVA - PCR	CT	30
PROTEINA DE BENCE - JONES	CT	30
PROTEINAS - RELACION A/G	CT	30
PROTEINAS TOTALES	CT	30
PROTEINAS TOTALES (O)	CT	30
PROTOPORFIRINA	CT	30
PRUEBA DE LAZO	CT	30
PUNTA DE CATETER - CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA	CT	60
RASPADO DE LENGUA - CULTIVO PARA HONGOS	CT	60
RAZON PSA	CC	60
REACCION DE HUDDLESON	CT	30
REACCION DE WIDAL	CT	30
RECUENTO DE ADDIS	CT	30
RECUENTO DE HAMBURGER	CT	30
RELACION CALCIO/CREATININA	CT	30
RETICULOCITOS	CT	30
RETRACCION DEL COAGULO	CT	30
RETROCULTIVO (cada muestra)	CC	90
ROTAVIRUS	CT	60
SANGRE OCULTA O GUAYACO	CT	30
SECRESION CONJUNTIVAL - CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA	CT	60
SECRESION ENDOCERVICAL - CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA	CT	30
SECRESION FARINGEA - CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA	CT	60
SECRESION GENITAL - CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA	CT	60
SECRESION NASAL - CITOLOGIA	CT	30

SECRESION NASAL - CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA	CT	60
SECRESION PROSTATICA - FROTIS	CT	30
SECRESION PURULENTA - CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA	CT	60
SECRESION TRAQUEAL - CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA	CT	60
SECRESION URETRAL - CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA	CT	60
SECRESION URETRAL - FROTIS	CT	30
SECRESION VAGINAL - CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA	CT	60
SECRESION VAGINAL - EXAMEN FRESCO Y GRAM	CT	30
SECRESION VAGINAL PH	CT	30
SECRESION VAGINAL Y ENDOCERVICAL-CULT Y ANTIBIOGRAMA	CT	60
SECRESION VULVO VAGINAL - CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA	CT	60
SECRESIONES (OTRAS) - CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA	CT	60
SODIO	CT	30
SODIO (O)	CT	30
T3 LIBRE	CT	60
T3 TOTAL	CT	60
T3 UPTAKE	CT	30
T4 LIBRE	CT	60
T4 NEONATAL	CT	90
T4 TOTAL	CT	60
T4 UPTAKE	CT	60
TEST DE APT	CT	30
TEST DE ARBORIZACION	CT	30
TEST DE O'SULLIVAN	CT	30
TEST DE QUILOMICRONES	CT	30
TEST DE TZANCK	CT	30
TEST DEL PIECITO (TSH Neonatal, Tripsina Inmuno Reactiva, Fenil Alanina)	CC	90
TEST PARA CHIKUNGUNYA IGG	CC	90
TEST PARA CHIKUNGUNYA IGM (Elisa)	CC	90
TEST PARA CHIKUNGUNYA INMUNOCROMATOGRAFIA	CC	90
TEST PARA DENGUE AG	CC	30
TEST PARA DENGUE CROMATOGRAFICO AG - NSI	CT	60

TEST PARA DENGUE CROMATOGRAFICO IGG	CT	30
TEST PARA DENGUE CROMATOGRAFICO IGM	CT	30
TEST PARA DENGUE IGG (Met. Elisa)	CT	60
TEST PARA DENGUE IGM (Met. Elisa)	CT	30
TESTOSTERONA LIBRE	CC	90
TESTOSTERONA TOTAL	CC	90
TIEMPO DE COAGULACION	CT	30
TIEMPO DE COAGULACION Y SANGRIA	CT	30
TIEMPO DE PROTROMBINA - TP	CT	30
TIEMPO DE SANGRIA	CT	30
TIEMPO PARCIAL DE TROMBOPLASTINA ACTIVADA (TTPA)	CT	30
TINE TEST	CT	30
TIROGLOBULINA	CT	60
TRANSFERRINA	CT	60
TRANSGLUTAMINASA TISULAR IGA	CC	90
TRANSGLUTAMINASA TISULAR IGG	CC	90
TRIPSINA INMUNO REACTIVA NEONATAL	CC	90
TROPONINA I	CC	90
TROPONINA I CUANTITATIVA	CC	90
TROPONINA I ULTRASENSIBLE	CC	90
TSH	CT	30
TSH NEONATAL	CT	90
ULCERA GENITAL - CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA	CT	60
UREAPLASMA - UREPLASMA	CC	90
UROBILINA - UROBILINOGENO	CT	30
VDRL	CT	30
VDRL CUANTITATIVO	CT	30
VDRL EN LCR	CT	30
VIROCITOS	CT	30
VIRUS SINSICIAL AG (VSR) - MET. I.F.D.	CT	60
VIRUS SINSICIAL AG (VSR) - MET. INMUNOCROMATOGRAFIA	CT	60
VIRUS SINSICIAL IGG (VSR)	CT	60
VIRUS SINSICIAL IGM (VSR)	CT	60

ANEXO 3: ESTUDIOS DE DIAGNÓSTICOS ESPECIALIZADOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS

ESTUDIOS DIAGNOSTICOS ESPECIALIZADOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS	COBERTURA	CARENCIA (Ds.)
CARDIOLOGIA		
ECOCARDIOGRAMA CON DOPPLER COLOR	CT	30
ECOCARDIOGRAMA PEDIATRICO CON DOPPLER COLOR	CT	30
ELECTROCARDIOGRAMA	CT	0
ELECTROCARDIOGRAMA PEDIATRICO	CT	0
ERGOMETRIA	CT	30
HOLTER 24 HORAS	CT	30
MONITOREO AMBULATORIO DE LA PRESION ARTERIAL (MAPA)	CC	30
COLOPROCTOLOGIA		
ANOSCOPIA	CT	30
RECTOSIGMOIDOSCOPIA	CT	90
GASTRO-COLOPROCTOLOGIA: ESTUDIOS		
COLONOSCOPIA	CT	60
ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA	CT	60
USO DE SALA - USO DE EQUIPO DE VIDEO - HONORARIOS ANESTESIOLOGO	CT	60
GINECOLOGIA - T.G.I. (Tracto Genital Inferior)		
COLPOSCOPIA	CT	30
PAP DE CUELLO	CT	30
PAP DE CUELLO MAS COLPOSCOPIA - ESTUDIO DE CUELLO UTERINO CON CITOLOGIA	CT	30
VULVOSCOPIA - VAGINOSCOPIA. ESTUDIO DE CUPULA VAGINAL	CT	30
NEUMOLOGIA		
ESPIROMETRIA CON PRUEBA BRNCOLOADITADORA	CT	60
ESPIROMETRIA DIAGNOSTICA	CT	30

NEUROLOGIA		
ELECTROENCEFALOGRAMA	CT	60
ELECTROENCEFALOGRAMA INFANTIL	CT	60
OFTALMOLOGIA		
CAMPO VISUAL COMPUTARIZADO (campimetría)	CT	30
CURVA TONOMETRICA	CT	30
ECOBIMETRIA DEL NERVIÓ OPTICO	CC	30
EJERCICIOS ORTOPTICOS (hasta 10 sesiones beneficiario/año contrato)	CT	30
EXAMEN ORTOPTICO	CT	30
GONIOSCOPIA	CT	30
OTORRINOLARINGOLOGIA - OTONEUROLOGIA		
AUDIOMETRIA	CT	30
EMISIONES OTOACUSTICAS	CT	90
IMPEDANCIOMETRIA	CT	30
LARINGOFIBROSCOPIA	CT	60
LOGOAUDEMETRIA	CT	30
TIMPANOMETRIA	CT	30
SALUD FETAL		
DOPPLER FETAL	CC	90
ECOGRAFIA MORFOLOGICA (marcadores cromosómicos)	CT	90
ECOGRAFIA MORFOLOGICA FETAL	CT	90
MONITOREO FETAL	CT	90
PERFIL BIOFISICO FETAL	CT	90
UROLOGIA		
CISTOSCOPIA - URETROCISTOSCOPIA	CT	90
FLUJOMETRIA URINARIA	CT	30
PENESCOPIA	CT	30

IMÁGENES		
ECOGRAFIAS		
ECO DOPPLER GINECO-TRANSVAGINAL	CC	60
ECO DOPPLER MAMAS	CC	60
ECO DOPPLER PELVIANO O GINECOLOGICO	CC	60
ECO DOPPLER TESTICULAR	CC	60
ECO DOPPLER TIROIDES	CC	60
ECO-DOPPLER AORTA ABDOMINAL	CC	60
ECO-DOPPLER GINECO-TRANSVAGINAL	CC	60
ECO-DOPPLER HEPATICO	CC	60
ECO-DOPPLER RENAL	CC	60
ECO-DOPPLER VASOS CUELLO	CC	60
ECOENCEFALOGRAMA	CC	60
ECOGRAFIA ABDOMINAL COMPLETA	CT	60
ECOGRAFIA ABDOMINAL SUPERIOR	CT	60
ECOGRAFIA DE CADERAS	CT	30
ECOGRAFIA DE MAMAS	CT	60
ECOGRAFIA DE MIEMBROS cada lado	CT	30
ECOGRAFIA DE PARTES BLANDAS	CC	30
ECOGRAFIA DE TIROIDES	CT	30
ECOGRAFIA DE TORAX (pleural)	CT	30
ECOGRAFIA GINECOLOGICA	CT	30
ECOGRAFIA HIGADO, VIAS BILIARES, VESICULA	CT	30
ECOGRAFIA INTRAOPERATORIA (con equipo portátil)	CT	60
ECOGRAFIA OBSTETRICA	CT	30
ECOGRAFIA PELVICA	CT	60
ECOGRAFIA PILORICA	CT	30
ECOGRAFIA PROSTATICA SUPRAPUBICA	CT	30
ECOGRAFIA RENAL	CT	30
ECOGRAFIA TESTICULAR	CT	30
ECOGRAFIA TRANSVAGINAL	CT	60
ECOGRAFIA VESICAL	CT	30
ECOGRAFIA VESICO-PROSTATICA	CT	60
ECOGRAFIA VIAS URINARIAS, RIÑON, VEJIGA	CT	30

RADIOLOGIA SIMPLE - TODAS LAS POSICIONES		
ABDOMEN SIMPLE	CT	0
ANTEBRAZO	CT	0
ARBOL URINARIO simple	CT	0
ARTICULACIONES SACROILIACAS	CT	0
ARTICULACIONES TEMPORO-MAXILARES	CT	0
BRAZO - HUMERO	CT	0
CADERA O PELVIS	CT	0
CARA	CT	0
CAVUM	CT	0
CLAVICULA	CT	0
CODO	CT	0
COLUMNA CERVICAL	CT	0
COLUMNA DORSAL	CT	0
COLUMNA DORSO LUMBAR	CT	0
COLUMNA LUMBAR	CT	0
COSTILLA - PARRILLA COSTAL	CT	0
CRANEO	CT	0
DEDO (manos o pies)	CT	0
ESTERNON	CT	0
HOMBRO	CT	0
MANO	CT	0
MAXILAR INFERIOR	CT	0
MUÑECA	CT	0
MUSLO O FEMUR	CT	0
ORBITA	CT	0
PIE	CT	0
PIERNA	CT	0
RODILLA	CT	0
RODILLA MAS ROTULA	CT	0
SACRO-COXIS	CT	0
SENOS FACIALES O PARANASALES	CT	0
TALON	CT	0
TOBILLO	CT	0

TORAX	CT	0
TORAX - ABDOMEN	CT	0
RADIOLOGIA CONTRASTADA		
COLON DOBLE CONTRASTE (o enema baritado)	CT	90
COLON ENEMA OPACO	CT	90
ESOFAGO - ESTOMAGO DUODENO (seriada esófago-gastro-duodeno)	CT	90
ESTOMAGO - DUODENO (doble contraste) Seriada Gastroduodenal	CT	90
RADIOLOGIA DE LA MAMA		
MAMOGRAFIA DIGITAL	CT	30
DENSITOMETRIA OSEA		
ANALISIS MINERAL OSEO DE CUERPO ENTERO - DENSITOMETRIA OSEA	CT	60
TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTARIZADA		
T.A.C. ABDOMEN COMPLETO	CT	60
T.A.C. ABDOMEN SUPERIOR	CT	60
T.A.C. ALTA RESOLUCION (TACAR)	CC	90
T.A.C. ATM	CT	60
T.A.C. COLUMNA CERVICAL	CT	60
T.A.C. COLUMNA DORSAL	CT	60
T.A.C. COLUMNA LUMBAR	CT	60
T.A.C. DE CARA	CT	60
T.A.C. DE CRANEO	CT	60
T.A.C. DE CUELLO	CT	60
T.A.C. DE MIEMBROS	CT	60
T.A.C. DE OIDO	CT	60
T.A.C. DE ORBITAS	CT	60
T.A.C. DE SENOS PARANASALES	CT	60
T.A.C. PELVIS	CT	60
T.A.C. SACRO-COXIS	CT	60
T.A.C. TORAX	CT	60

RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA - RMI	CT	
RMI A.T.M. (articulación témporo-maxilar)	CT	60
RMI CUELLO	CT	60
RMI DE ABDOMEN	CT	60
RMI DE BRAZO	CT	60
RMI DE CADERA	CT	60
RMI DE CARA	CT	60
RMI DE CODO	CT	60
RMI DE COLUMNA CERVICAL	CT	60
RMI DE COLUMNA DORSAL	CT	60
RMI DE COLUMNA LUMBAR	CT	60
RMI DE CRANEO	CT	60
RMI DE ENCEFALO	CC	60
RMI DE HOMBRO	CT	60
RMI DE MAMA	CC	60
RMI DE MEDIASTINO	CC	60
RMI DE MUÑECA	CT	60
RMI DE MUSLO/PIERNA	CT	60
RMI DE OIDO	CC	60
RMI DE ORBITA	CC	60
RMI DE PARTES BLANDAS	CC	60
RMI DE PELVIS	CT	60
RMI DE PIE	CT	60
RMI DE RODILLA	CT	60
RMI DE SILLA TURCA	CC	60
RMI DE TOBILLO	CT	60
RMI HIPOFISIS	CC	60
RMI PEQUEÑAS PARTES	CC	60
RMI SENOS PARANASALES	CT	60

PLAN EXCLUSIVO PREMISA



PREMISA
Medicina prepaga a tu alcance



Whatsapp Corporativo

0974 716 093