



**SALUD
PROTEGIDA**

MEDICINA PREPAGA
TU SALUD, TU FAMILIA



**Plan
SEGURO
ESTATAL**

**COBERTURA MÉDICA CORPORATIVA PARA
FUNCIONARIOS DE INSTITUCIONES PÚBLICAS**



Centro Médico y de Diagnósticos

Paí Pérez 630 c/ Azara, Asunción.



Teléfono (021) 319 00 00 R.A.

 www.saludprotegida.com.py

Seguinos en  



COBERTURA MÉDICA CORPORATIVA PARA FUNCIONARIOS DE INSTITUCIONES PÚBLICAS.

1.1. SERVICIOS CON COBERTURA INMEDIATA.

En el Centro Médico y de Diagnósticos de Salud Protegida y en los Sanatorios, Clínicas y Consultorios habilitados en convenio en todo el país, de acuerdo a la disponibilidad y según se indique en la Guía Médica actualizada.

1.2. CONSULTAS MÉDICAS:

De acuerdo a la disponibilidad y según se indique en la Guía Médica actualizada las siguientes especialidades:

- 1.2.1. Clínica médica
- 1.2.2. Ginecología y Obstetricia
- 1.2.3. Pediatría
- 1.2.4. Cardiología
- 1.2.5. Gastroenterología
- 1.2.6. Traumatología y Ortopedia
- 1.2.7. Dermatología
- 1.2.8. Urología
- 1.2.9. Otorrinolaringología
- 1.2.10. Alergia
- 1.2.11. Nutricionista
- 1.2.12. Cirugía general
- 1.2.13. Cirugía infantil
- 1.2.14. Mastología
- 1.2.15. Endocrinología
- 1.2.16. Flebología
- 1.2.17. Hematología
- 1.2.18. Neurología

- 1.2.19. Neumología
- 1.2.20. Cardiología infantil
- 1.2.21. Oftalmología
- 1.2.22. Reumatología
- 1.2.23. Proctología
- 1.2.24. Nefrología
- 1.2.25. Medicina Familiar
- 1.2.26. Diabetología
- 1.2.27. Geriatría
- 1.2.28. Infectología

1.3. CONSULTAS DE URGENCIA EN SANATORIO:

Consultas de urgencias en sanatorios habilitados en convenio, de lunes a domingo 24 horas, de acuerdo a la disponibilidad de profesionales en la zona y según se indica en la Guía Médica actualizada.

1.4. CONSULTAS DE URGENCIAS Y/O EMERGENCIAS A DOMICILIO:

Servicio de ambulancia con médicos o paramédicos, sin cargo y sin costo, dentro del radio de hasta 20 (veinte) km. del centro de Asunción en condiciones de fácil acceso, incluye medicamentos utilizados hasta un evento por día con intervalo de 24 horas.

1.5. CONSULTA CON OTROS ESPECIALISTAS, con topes de cobertura:

- 1.5.1. Psicología, con aranceles preferenciales
- 1.5.2. Psiquiatría, con aranceles preferenciales
- 1.5.3. Fonoaudiología, con cobertura hasta 3 sesiones por beneficiario por año
- 1.5.4. Medicina Reproductiva – Infertilidad, con aranceles preferenciales

1.6. SERVICIOS ODONTOLÓGICOS:

Salud Protegida brindará cobertura con prestador habilitado en convenio, sin cargo para el beneficiario en los siguientes servicios y tratamientos:

- 1.6.1. Consultas
- 1.6.2. Exámenes periódicos de la cavidad bucal
- 1.6.3. Extracción de dientes de erupción normal

- 1.6.4. Profilaxis buco dentarias
- 1.6.5. Restauración con amalgama de plata
- 1.6.6. Radiografía dental seriada

1.6.2 Odontopediatría:

- 1.6.2.1. Extracción de dientes temporarios
- 1.6.2.2. Extracción de dientes temporarios móviles
- 1.6.2.3. Extracción temporarios sin reabsorción
- 1.6.2.4. Extracción seriada
- 1.6.2.5. Restauración con amalgama de plata
- 1.6.2.6. Fluorizaciones

Los demás servicios y tratamientos odontológicos serán con aranceles preferenciales según Anexo Odontológico impreso en la Guía Médica actualizada, de acuerdo a la especialidad y formación profesional del Odontólogo.

1.7. ANÁLISIS CLÍNICOS LABORATORIALES DE RUTINA Y ANÁLISIS CLÍNICOS LABORATORIALES COMPLEMENTARIOS Y/O ESPECIALIZADOS

Salud Protegida brindará 6 (seis) veces por determinación por año de contrato y por beneficiario, no pudiendo superar las 102 (ciento dos) determinaciones por beneficiario por año de contrato.

Los análisis de rutina serán sin cargo para cada beneficiario en los laboratorios habilitados (según se indica en la Guía Médica actualizada) las siguientes determinaciones:

- 1.7.1. Hemograma
- 1.7.2. Glucosa
- 1.7.3. Urea
- 1.7.4. Creatinina
- 1.7.5. Colesterol Total
- 1.7.6. Triglicéridos
- 1.7.7. Ácido Úrico
- 1.7.8. VDRL
- 1.7.9. Orina Simple
- 1.7.10. Tipificación
- 1.7.11. Heces simples
- 1.7.12. Eritrosedimentación

- 1.7.13. Factor Reumatoideo - Artritest
- 1.7.14. Plaquetas
- 1.7.15. Colesterol HDL
- 1.7.16. Colesterol LDL
- 1.7.17. Colesterol VLDL
- 1.7.18. A.C.T.H.
- 1.7.19. Ácido Fólico
- 1.7.20. Ácido Láctico
- 1.7.21. Aglutininas Anti A
- 1.7.22. Aglutininas Anti B
- 1.7.23. Albumina
- 1.7.24. Aldolosa
- 1.7.25. Alfa 1 antitripsina
- 1.7.26. Amilasa
- 1.7.27. Amonio
- 1.7.28. Ana
- 1.7.29. Anticitomegalovirus IGG
- 1.7.30. Anticitomegalovirus IGM
- 1.7.31. Anti-core IGG HBC-AC
- 1.7.32. Anti-core IGM HBC-AC
- 1.7.33. Anti-LA
- 1.7.34. Anti RO
- 1.7.35. Anti SM
- 1.7.36. Antic. Ant DNA
- 1.7.37. Antic. Anti Hidatidico
- 1.7.40. Antic. Antilisteria
- 1.7.41. Anticardilipina IGG
- 1.7.42. Anticardilipina IGM
- 1.7.43. Anticardilipina IGM
- 1.7.44. Antígenos febriles
- 1.7.45. Antix. Antiglidiana
- 1.7.46. APT-Hemoglobina fetal
- 1.7.47. Asto
- 1.7.48. Beta HCG cualitativo y cuantitativo
- 1.7.49. Bilirrubina total directa e indirecta
- 1.7.50. C3, C4
- 1.7.51. CA 125
- 1.7.52. CA 15,3
- 1.7.53. CA 19,9



- 1.7.54. Calcio serico
- 1.7.55. Calcio (O) 2 hs.
- 1.7.56. Calcio (O) 24 hs.
- 1.7.57. Calcio Iónico
- 1.7.58. Calculo Urinario
- 1.7.61. Cetonema
- 1.7.62. Cetonuria
- 1.7.63. Chagas-ac IgG
- 1.7.64. Chagas-ac IgM
- 1.7.69. CIM p/ carbencilina
- 1.7.70. CIM p/ cefoperazona
- 1.7.71. CIM p/ Imipenem
- 1.7.72. CIM p/ kanamicina
- 1.7.73 Citología
- 1.7.74. CK MB
- 1.7.75. CK Total
- 1.7.76. Clearence de Creatinina (Orina 24 hs)
- 1.7.77. Clearence de Urea
- 1.7.78. Cloro, sangre
- 1.7.81. Coagulograma (crisis sanguínea)
- 1.7.82. Colinesterasa
- 1.7.83. Coloración de Giemsa
- 1.7.84. Coloración de Gram
- 1.7.85. Coloración de Perls
- 1.7.86. Coloración de Ziehl-Neelsen
- 1.7.87. Coombs directo
- 1.7.88. Coombs indirecto
- 1.7.89. Coprocultivo y antibiograma
- 1.7.90. Coprofuncional
- 1.7.91. Cortisol am
- 1.7.92. Cortisol unario
- 1.7.93. Crioaglutininas
- 1.7.94. Cuerpos cetónicos
- 1.7.95. Cultivo en Aerobiasis
- 1.7.96. Cultivo En Aerobiosis y Antibiograma
- 1.7.97. Cultivo En Anaerobiosis
- 1.7.98. Curva De Glucosa (5 Muestras)
- 1.7.99. Curva de la glucosa 4 horas
- 1.7.100. Dehidrostestoterona

- 1.7.101. Detección de cristales
- 1.7.102. DHE Sulgfato
- 1.7.103. EBV-VCA IGG
- 1.7.104. EBV-VCA IGM
- 1.7.105. Electroforesis de hemoglobina
- 1.7.106. Electroforesis de lipoproteínas
- 1.7.107. Electroforesis de proteínas LCR
- 1.7.108. Electroforesis De Proteínas
- 1.7.109. Electrolitos
- 1.7.113. Espudo coloración de Ziehl
- 1.7.114. Espudo Cultivo y Antibiograma,
- 1.7.115. Espudo Frotis Para Epstein Baar,
- 1.7.117. Fibrinólisis
- 1.7.118. Fibrinógeno
- 1.7.119. Fórmula Leucocitaria
- 1.7.120. Fosfatasa Acida Prostática
- 1.7.121. Fosfatasa Acida Total
- 1.7.122. Fosfatasa Alcalina
- 1.7.124. Fosforo,
- 1.7.125. Fragilidad Osmot. De Hematies
- 1.7.126. Frotis De Sangre Periférica
- 1.7.128. Fta-Abslgg
- 1.7.129. Fta-Abslgm
- 1.7.130. Gamma Gt
- 1.7.131. Gasometria Arterial
- 1.7.132. Gasometría Venosa
- 1.7.134. Globulinas
- 1.7.135. Glucosa Pre Y Post Prandial
- 1.7.136. Got, Gpt,
- 1.7.137. Gravindex
- 1.7.138. HAV-ac (Anticuerpo de la hepatitis A)
- 1.7.139. HAV-acigm (Anticuerpo de la hepatitis)
- 1.7.140. HBA1c (Hemoglobina glicosilada)
- 1.7.141. Hbc-ac (Anticuerpo hepatitis B) (Anti)
- 1.7.142. Hbc-ac igm – MEIA
- 1.7.143. Hbe Ag (Antígeno de la hepatitis Be)
- 1.7.144. Hbs Ag (Antígeno de superficie hepat)
- 1.7.145. Hbs-ac (Anticuerpo de superficie hep)
- 1.7.147. Heces (Coproparasitologico)



- 1.7.148. Heces Ex. Seriado Burrows
- 1.7.149. Heces Flora Microbiana
- 1.7.150. Heces Frotis/Mucus Fecal
- 1.7.151. Heces Hongos,
- 1.7.152. Heces Microscopia Funcional
- 1.7.153. Heces PH
- 1.7.154. Heces Benedit,
- 1.7.155. Helicobacter Pylori- Ac Igg,
- 1.7.156. Hematocrito (Hto),
- 1.7.157. Hemocultivo Aerob. 1 y Antibiograma
- 1.7.158. Hemoglobina Fetal
- 1.7.159. Hemoparasitos Gota Gruesa
- 1.7.160. Hemoparasitos Observ. Directa
- 1.7.162. Hepatitis B core IGM
- 1.7.163. Hepatitis C
- 1.7.164. Hepatograma,
- 1.7.165. Hiv
- 1.7.166. Hierro Saturación
- 1.7.167. Hisopado amigdalino cult ATB
- 1.7.168. Hisopado faríngeo frotis
- 1.7.169. Hongos Examen En Fresco
- 1.7.171. IGA
- 1.7.173. IGM
- 1.7.174. IGE Total
- 1.7.175. Índice de riesgo
- 1.7.177. Inmunoglobulinas en LCR
- 1.7.179. L.C.R. Cultivo y Antibiograma
- 1.7.180. L.C.R. Citoquímico
- 1.7.181. Látex en líquido pleural
- 1.7.182. Látex en orina
- 1.7.183. Lavado Bronco alveolar Cult. y Antibiograma
- 1.7.184. Lavado Gástrico Parásitos
- 1.7.185. Lesión De Piel Cult. Hongos
- 1.7.186. Lesión De Piel Hongos Ex. Directo
- 1.7.187. Lesión De Piel Parásitos
- 1.7.188. Lesión De Uñas Cult. Hongos
- 1.7.189. Lesión Genital Campo Oscuro
- 1.7.190. Lesión Genital Col. De Fontana
- 1.7.191. Lesión Genital Col. De Gram

- 1.7.192. Lesión Genital Parásitos
- 1.7.193. Lipasa, Liq. Articular Citoquimico
- 1.7.194. Lípidos totales
- 1.7.195. Liq. Articular Cult. y Antibiograma
- 1.7.196. Liq. Ascítico citoquimico
- 1.7.198. Liq. Biológicos Citoquimico
- 1.7.199. Liq. Biológicos Cult. y Antibiograma
- 1.7.200. Liq. GastricoCult. y Antibiog.
- 1.7.201. Liq. Gastroduodenal Parásitos
- 1.7.202. Liq. Peritoneal Cult. y Antibiograma
- 1.7.203. Liq. Pleural Citoquimico
- 1.7.204. Liq. Pleural Cultivo Antibiograma
- 1.7.205. Líquido duodenal
- 1.7.206. Listeria
- 1.7.207. Litio
- 1.7.208. Magnesio eritrocitario
- 1.7.209. Magnesio, Orina Cultivo y Antibiograma
- 1.7.210. Microalbuminas
- 1.7.211. Micro albuminurias
- 1.7.212. Mielocultivo
- 1.7.213. Monotest
- 1.7.214. Mucoproteínas
- 1.7.215. Orina Benedict
- 1.7.216. Orina densidad
- 1.7.217. PAS Libre
- 1.7.218. PAS Total
- 1.7.220. Peptido C
- 1.7.222. Potasio
- 1.7.223. Ppd 5 Ut
- 1.7.224. Proteína C Reactiva (Pcr)
- 1.7.225. Proteínas Relación A/G
- 1.7.226. Proteínas Totales
- 1.7.227. Proteínuria 24hs.
- 1.7.229. Prueba Del Lazo
- 1.7.230. Punta De Catéter Cultivo y Antibiograma
- 1.7.231. Raspado de lengua hongos
- 1.7.233. Reacción de Huddleson
- 1.7.234. Reacción de Paul Bunnel
- 1.7.235. Reacción de Waaler Rose

- 1.7.236. Reacción de Widal
- 1.7.137. Recuento de Addis
- 1.7.240. Recuento de Hamures
- 1.7.241. Resistencia globular hematíes
- 1.7.242. Reticulocitos
- 1.7.243. Retracción del coagulo
- 1.7.244. Rotavirus
- 1.7.245. Rubeola Igg E Igm
- 1.7.246. Sangre Oculta O Test De Guayaco
- 1.7.247. Sec. Conjuntival (Izq.) Cult. y Atb.
- 1.7.248. Sec. Conjuntival Cult. y Antibiograma
- 1.7.249. Sec. Endocervical Cult. y Antib.
- 1.7.250. Sec. Faríngea Cult. y Antib.
- 1.7.251. Sec. Nasal Citología, Sec. Nasal Cultivo y Antibiog.
- 1.7.252. Sec. Otica Derecho Cult. y Antibiog.
- 1.7.253. Sec. Otica Izquierdo Cult. y Antibiog
- 1.7.254. Sec. Traqueal Cultivo y Antibiograma
- 1.7.255. Sec. Uretral Cultivo y Antibiograma
- 1.7.256. Sec. Uretral Frotis
- 1.7.257. Sec. Vaginal Cultivo y Antibiograma
- 1.7.258. Sec. Vaginal Fresco y Gram
- 1.7.259. Sec. Vaginal Ph
- 1.7.260. Sec. Vaginal Sin Infección
- 1.7.261. Sec. Sec. Purulenta Cultivo y Antibiograma.
- 1.7.262. Sodio (O)
- 1.7.263. T3 (Ft3)
- 1.7.264. T3
- 1.7.265. T4 (Ft4)
- 1.7.266. T4 Neonatal
- 1.7.267. T4
- 1.7.268. Test del Piecito (Tsh neonatal, fenilalanina, IRT)
- 1.7.269. Tiempo De Coagulación (Tiempo De Sangría)
- 1.7.270. Tiempo De Protombina
- 1.7.271. Toxoplasmosis Igg
- 1.7.272. Toxoplasmosis Igm
- 1.7.273. Tp + Inr, Troponina I
- 1.7.275. Tsh
- 1.7.276. Ttpa (Tromboplastina Cálctica),
- 1.7.277. Ulcera Genital Cultivo y Antibiograma

- 1.7.278. Urobilina
- 1.7.279. Urobilinogeno
- 1.7.280. Vdrl Cuantitativo
- 1.7.281. Vitamina B12

Todos los demás análisis especializados tendrán aranceles preferenciales.

1.8. SERVICIOS DE DIAGNÓSTICOS Y TRATAMIENTOS:

- 1.8.1. Electrocardiogramas, hasta 02 (dos) veces por beneficiario por año de contrato.
- 1.8.2. Radiografías simples, hasta 12 (doce) posiciones por beneficiario por año de contrato y hasta 04 (cuatro) posiciones por evento.

- 1.8.2.1 Antebrazo
- 1.8.2.2 Brazo
- 1.8.2.3 Cadera
- 1.8.2.4 Clavícula
- 1.8.2.5 Codo
- 1.8.2.6 Columna Cervical
- 1.8.2.7 Columna Dorsal
- 1.8.2.8 Columna Lumbar
- 1.8.2.9 Costilla
- 1.8.2.10 Dedo
- 1.8.2.11 Fémur
- 1.8.2.12 Hombro
- 1.8.2.13 Húmero
- 1.8.2.14 Mano
- 1.8.2.15 Maxilar
- 1.8.2.16 Muñeca
- 1.8.2.17 Muslo
- 1.8.2.18 Pelvis
- 1.8.2.19 Pie
- 1.8.2.20 Pierna
- 1.8.2.21 Rodilla
- 1.8.2.22 Tobillo
- 1.8.2.23 Tórax

1.8.3. Nebulizaciones: hasta 8 (ocho) eventos por beneficiario por mes y hasta 8 (ocho) sesiones en cada evento, incluye oxígeno hasta Gs. 50.000 (guaraníes cincuenta mil) y medicamentos hasta Gs. 100.000 (guaraníes cien mil) para cada evento.

1.8.4. Servicio de Enfermería

Salud Protegida brindará en su Centro Médico y de Diagnósticos y Sanatorios adheridos sin cargo y sin costo los siguientes servicios de todos los ítems en intervalos de 24 horas:

- 1.8.4.1. Toma de presión arterial.
- 1.8.4.2. Enema evacuador, supositorio.
- 1.8.4.3. Curación simple.
- 1.8.4.4. Medicamentos y Descartables hasta la suma de Gs. 200.000(guaraníes Doscientos Mil).

1.8.5. Otros servicios de enfermería:

- 1.8.5.1. Aplicación intramuscular, endovenosa y vía periférica en los siguientes diagnósticos: cefalea, cólicos abdominales, presión alta y alta glucosa, hasta 06 (seis) por beneficiario por año de contrato incluye medicamentos y descartables hasta la suma de Gs. 200.000.- (guaraníes Doscientos Mil)

1.9. SERVICIOS DE PRIMEROS AUXILIOS Y PROCEDIMIENTOS MENORES EN SANATORIO.

•Salud Protegida cubrirá en su Centro Médico y de Diagnósticos y en los sanatorios habilitados en convenio según Guía Médica actualizada, hasta 6 (seis) procedimientos del conjunto de las siguientes determinaciones, por beneficiario por año de contrato.

- 1.9.1. Colocación sondaje vesical
- 1.9.2. Lavado de oído
- 1.9.3. Sonda Naso-gástrica
- 1.9.4. Extracción de puntos
- 1.9.5. Curaciones de heridas infectadas y/o necróticas;
o que requieran desbridamiento.
- 1.9.6. Taponamiento nasal anterior
- 1.9.7. Enyesado y férula

1.10. FISIOTERAPIA TRAUMATICA Y NO TRAUMATICA AMBULATORIA.

Hasta 10 (Diez) sesiones por beneficiario por año de contrato, incluye ondas cortas, ultrasonido, infrarrojo, tracción cervical y kinesioterapia en centros habilitados en convenio.

2. ESTUDIOS ESPECIALIZADOS – VIGENCIA 90 DÍAS

2.1 SERVICIOS DE DIAGNÓSTICOS E IMÁGENES.

Salud Protegida brindará en su Centro Médico y de Diagnósticos e instituciones habilitadas en convenio según Guía Médica actualizada los siguientes servicios:

2.1.1. Ecografías: hasta 04 (cuatro) estudios del conjunto de las determinaciones abajo citadas por beneficiario por año de contrato, estos estudios hacen referencia solamente a su forma convencional.

- 2.1.1.1. Obstétricas.
- 2.1.1.2. Ginecológicas.
- 2.1.1.3. Transvaginal.
- 2.1.1.4. Abdominal completo.
- 2.1.1.5. Abdominal superior.
- 2.1.1.6. Abdominal inferior.
- 2.1.1.7. Hígado, vesícula y vías biliares.
- 2.1.1.8. Renal y vías urinarias.
- 2.1.1.9. Vesico-prostática.
- 2.1.1.10. De Pelvis.
- 2.1.1.11. Mamarias.
- 2.1.1.12. Partes blandas (cuello, brazo, hombro, cadera)
- 2.1.1.13. Tiroides.
- 2.1.1.14. Ecografía de marcadores cromosómicos simple.
- 2.1.1.15. Ecografía morfológica simple.

2.2.1. Ecografía obstétrica tridimensional exclusiva y únicamente en el Centro Médico y de Diagnósticos de Salud Protegida, 01 (un) estudio por beneficiario por año de contrato.

2.2.2. Ecografía de marcadores cromosómicos con doppler, 01 (un) estudio, exclusiva y únicamente en el Centro Médico y de Diagnósticos de Salud Protegida.

2.2.3. Papanicolau y Colposcopia, hasta 02 (dos) veces por año por beneficiario.

2.2. OTROS ESTUDIOS DIAGNÓSTICOS.

Hasta 04 (cuatro) estudios del conjunto de las determinaciones citadas por beneficiario por año de contrato, estos estudios hacen referencia solamente a su forma

convencional:

- 2.2.1.1. Electroencefalograma
- 2.2.1.2. Audiometría
- 2.2.1.3. Timpanometría
- 2.2.1.4. Logo audiometría
- 2.2.1.5. Retinografía
- 2.2.1.6. Mamografía convencional (unilateral y/o bilateral)
- 2.2.1.7. Monitoreo Fetal
- 2.2.1.8. Fondo de Ojo
- 2.2.1.9. Campimetría
- 2.2.1.10. Mapa - Holter
- 2.2.1.11. Punción de Mamas

Los demás servicios especializados que puedan ser realizados en el Centro Médico y de Diagnósticos y en las instituciones disponibles según Guía Médica Actualizada, tendrán aranceles preferenciales.

3.1. SERVICIOS DE DIAGNÓSTICOS E IMÁGENES: VIGENCIA 120 DÍAS

Salud Protegida cubrirá a los 120 (ciento veinte) días del contrato y estando al día con su cuota mensual, hasta 4 (cuatro) veces del conjunto de los estudios y procedimientos abajo detallados, por beneficiario por año de contrato:

- 3.1.1. Ecocardiograma simple o con Doppler
- 3.1.2. Tomografía Axial Computarizada (TAC)
 - 3.1.2.1. De Abdomen completo
 - 3.1.2.2. De Abdomen inferior
 - 3.1.2.3. De Abdomen superior
 - 3.1.2.4. De Cara
 - 3.1.2.5. De Columna
 - 3.1.2.6. De Columna cervical

- 3.1.2.7. De Columna dorsal
- 3.1.2.8. De Columna lumbar o sacro coxis
- 3.1.2.9. De Cráneo
- 3.1.2.10. De Miembros superiores e inferiores
- 3.1.2.11. De Oídos
- 3.1.2.12. De Órbitas
- 3.1.2.13. De Partes blandas
- 3.1.2.14. De Pelvis
- 3.1.2.15. De Peñasco
- 3.1.2.16. De Senos Paranasales
- 3.1.2.17. De Tórax

3.2. Tomografía multislice TCMS

- 3.2.1. De Columna cervical
- 3.2.2. De Columna lumbar o sacra
- 3.2.3. De Columna dorsal
- 3.2.4. De Abdomen inferior
- 3.2.5. De Abdomen superior
- 3.2.6. De Abdomen completo
- 3.2.7. De Cadera o pelvis
- 3.2.8. De Cráneo
- 3.2.9. De Hombro
- 3.2.10. De Miembros superiores e inferiores
- 3.2.11. De Órbitas
- 3.2.12. De Senos paranasales
- 3.2.13. De columna
- 3.2.14. De Tórax

3.3. Anatomía patológica; pequeña y mediana.

3.4. Endoscopia digestiva alta o baja; cubrirá 100% honorario médico y sala de procedimientos. Medicamentos, honorario de anestesista, descartables, uso del equipo a cargo del asegurado.

3.5. Resonancia Magnética sin contraste cobertura del 100% hasta 1(uno) al año por contrato.

- 3.5.1. RMN de Cráneo
- 3.5.2. RMN de rodilla
- 3.5.3. RMN DE Columna Cervical
- 3.5.4. RMN de Columna Dorsal

- 3.5.5. RMN de Columna Lumbar
- 3.5.6. RMN de Abdomen Superior
- 3.5.7. RMN de Abdomen Inferior
- 3.5.8. RMN de Hombro
- 3.5.9. RMN de Cadera
- 3.5.10. RMN de pelvis
- 3.5.11. RMN de tobillo
- 3.5.12. RMN de ATM
- 3.5.13. RMN de Codo
- 3.5.14. RMN de Brazo
- 3.5.15. RMN de Encéfalo
- 3.5.16. RMN de Cara
- 3.5.17. RMN de Mediastino
- 3.5.18. RMN de Muñeca
- 3.5.19. RMN de Oído
- 3.5.20. RMN de Orbita
- 3.5.21. RMN de Partes Blandas
- 3.5.22. RMN de Pie
- 3.5.23. RMN de M
- 3.5.24. RMN de Pierna
- 3.5.25. RMN de Senos Paranasales
- 3.5.26. RMN de Hipófisis
- 3.5.27. RMN de Cuello

3.6. Perfil Biofísico

3.7. Cirugías Menores y procedimientos ambulatorios:

Salud Protegida cubrirá hasta 3 (tres) veces por beneficiario por año de contrato, del conjunto de las siguientes determinaciones:

- 3.7.1. Drenaje de absceso
- 3.7.2. Extracción de nevus
- 3.7.3. Electro cauterización - Dermatológica
- 3.7.4. Extirpación de Lipoma
- 3.7.5. Extirpación de Uña Encarnada
- 3.7.6. Sutura desde 6 puntos hasta 10 puntos
- 3.7.7. Honorarios Médicos
- 3.7.8. Sala de procedimientos
- 3.7.9. Medicamentos y descartables hasta la suma de G. 200.000 (guaraníes doscientos mil) en los sanatorios habilitados en convenio, según la Guía Médica actualizada.

Estos procedimientos hacen referencia solamente a su forma convencional.

4. INTERNACIONES EN SANATORIO. VIGENCIA 180 DÍAS

Salud Protegida cubrirá a los 180 (ciento ochenta) días, en las instituciones designadas según Guía Médica Actualizada, y estando al día con el pago de la cuota mensual los siguientes servicios:

4.1. INTERNACIONES CLÍNICAS Y/O QUIRÚRGICAS.

Salud Protegida brindará cobertura en la Pensión Sanatorial sin cargo y sin costo (según disponibilidad de la zona) en habitación privada con aire acondicionado, televisión, baño privado, cama para acompañante, alimentación normal y una visita por día del médico tratante por 15 (quince) días por beneficiario por año de contrato y hasta 5 (cinco) días por evento.

4.1.1. Internaciones clínicas

4.1.1.1. Pensión Sanatorial según ítem 4.1

4.1.1.2. Honorarios profesionales del médico tratante, una visita por día.

4.1.1.3. Medicamentos y descartables en internaciones clínicas hasta la suma de Gs. 1.000.000 (guaraníes Un Millón) por beneficiario por año de contrato.

4.2. INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS CONVENCIONALES.

Salud Protegida cubrirá hasta 1 (uno) del conjunto por beneficiario por año los siguientes Procedimientos:

4.2.1. Colectectomía

4.2.2. Legrado evacuador

4.2.3. Nefrolitotomía a cielo abierto

4.2.4. Septumplastia

4.2.5. Adenoamigdalectomía

4.2.6. Nefrectomía simple Unilateral parcial o total

4.2.7. Adenomectomía Prostática

4.2.8. Postectomía

4.2.9. Hidrocele

4.2.10. Varicocele



- 4.2.11. Quiste de Cordón Espermático
- 4.2.12. Quiste de Epididimo
- 4.2.13. Torsión Testicular
- 4.2.14. Hernias (inguinal unilateral, umbilical),
- 4.2.15. Apéndices,
- 4.2.16. Peritonitis de origen apendicular
- 4.2.17. Hemorroidectomía
- 4.2.18. Absceso perianal
- 4.2.19. Drenaje quirúrgico de Absceso o Hematoma Mamario
- 4.2.20. Resección de nódulo
- 4.2.21. Histerectomía abdominal y vaginal (total y sub total)
- 4.2.22. Quistectomía de Ovario unilateral
- 4.2.23. Ooforectomía de Ovario unilateral
- 4.2.24. Cataratas
- 4.2.25. Pterigion (sin auto injerto)

La cobertura incluye:

- 4.2.1. Pensión Sanatorial según ítem 4.1
- 4.2.2. Honorarios médicos 100%: Honorarios del cirujano, ayudante, instrumentista y anestesiólogo, con profesionales designados por Salud Protegida. o hasta el monto establecido de acuerdo a la tabla de aranceles de las sociedades Médicas.
- 4.2.3. Derecho operatorio 100%; los cuales serán brindados en las instituciones sanatoriales designadas oportunamente por Salud Protegida, se exceptúan las complicaciones.
- 4.2.4. Medicamentos y descartables hasta la suma de Gs. 1.000.000 (guaraníes Un Millón)

4.3. INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS POR VIDEOLAPAROSCOPIA.

Del conjunto de las siguientes:

- 4.3.1. Nefrectomía total o parcial laparoscópica
 - 4.3.2. Apéndicectomía laparoscópica
 - 4.3.3. Adenomectomía prostática laparoscópica
 - 4.3.4. Quistectomía de ovario unilateral laparoscópica
- Exceptuando las de alta complejidad.

La cobertura incluye:

- 4.3.2.1. Pensión Sanatorial según ítem 4.1
- 4.3.2.2. Honorarios médicos 100%: Honorarios del cirujano,

ayudante, instrumentista, con profesionales designados por OdontoMédica S.A. o hasta el monto establecido de acuerdo a la tabla de aranceles de las sociedades Médicas; queda a cargo del beneficiario el honorario del anestesiólogo y el uso del equipo de video.

4.3.2.3 Derecho operatorio 100%; los cuales serán brindados en las instituciones sanatoriales designadas oportunamente por Salud Protegida, se exceptúan las complicaciones.

4.3.2.4. Medicamentos y descartables hasta la suma de Gs. 1.000.000 (guaraníes Un Millón).

Salud Protegida cubrirá 1 (uno) procedimiento quirúrgico por beneficiario por año de contrato por método de videolaparoscopia.

4.4. PARTO NORMAL O CESÁREA: (PARA TITULAR O CÓN- YUGE): VIGENCIA 365 DÍAS

4.4.1. Salud Protegida brindará cobertura en internación hasta 3 (tres) días en parto normal y hasta 5 (cinco) días en parto cesárea; en habitación privada con aire acondicionado, televisión, baño privado, cama para acompañante, alimentación normal, dieta normal de la paciente prescripta por el médico.

4.4.2. Luminoterapia 3 (tres) días.

4.4.3. Incubadora 3 (tres) días.

4.4.4. Carpa de oxígeno 3 (tres) días.

4.4.5. Nursery 3 (tres) días.

4.4.6. Derechos operatorios 100%.

4.4.7. Honorarios médicos, del gineco-obstetra, ayudante, pediatra, instrumentador y anestesiólogo con profesionales habilitados en convenio por Salud Protegida o hasta el monto establecido de acuerdo a la tabla de aranceles de las sociedades médicas.

4.4.8. Medicamentos y descartables hasta la suma de Gs. 1.000.000 (guaraníes un millón).

4.5. INTERNACIÓN EN TERAPIA INTENSIVA

Salud Protegida, cubrirá hasta 3 (tres) días por cada beneficiario por año de contrato, en los sanatorios habilitados en convenio, según disponibilidad.

La cobertura en la unidad de terapia intensiva de adultos o niños hasta 3 (tres) días por beneficiario por año de contrato, incluye:

- 4.5.1. Honorarios del terapeuta.
- 4.5.2. Honorarios del médico tratante.
- 4.5.2. Pensión Sanatorial.
- 4.5.3. Servicio de enfermería.
- 4.5.4. Equipos: Desfibrilador, monitor cardiaco.
- 4.5.5. Medicamentos, materiales descartables hasta G. 1.000.000 (guaraníes un millón).
- 4.5.6. Estudios auxiliares de diagnóstico y servicios laboratoriales serán cubiertos según las determinaciones detalladas en el presente contrato.

Cobertura excluida: excedente de medicamentos, materiales descartables y oxígeno. Intubación, instalación vía venosa central. Interconsultas y otros que no se estipulan en el presente contrato.

5. COBERTURA DE SEPELIO: VIGENCIA 365 DÍAS

En este servicio, el precio contempla sólo al Titular e incluye:

Los beneficiarios que no sean el titular y que deseen gozar de esta cobertura según los términos del presente contrato deberán abonar una prima adicional por sepelio sobre el precio estipulado en el presente contrato.

- 5.1. “Zona Metropolitana”:
 - 5.1.1. Féretro Standard para panteón, con visor, manijas metálicas, lustrado y tapizado;
 - 5.1.2. Ambulancia para traslado a la empresa que prestará el servicio;
 - 5.1.3. Preparación del cuerpo y formolización;

- 5.1.4. Sala velatoria climatizada o capilla luminosa en su domicilio;
- 5.1.5. Servicio de cafetería y gaseosas;
- 5.1.6. Servicio de mozo;
- 5.1.7. Álbum para registro de asistentes;
- 5.1.8. Trámites civiles y municipales;
- 5.1.9. Una copia del Certificado de Defunción;
- 5.1.10. Tarjeta de agradecimiento;
- 5.1.11. Vehículo ceremonial;
- 5.1.12. Asesoramiento y servicio integral;
- 5.2. “Zona Interior”:
 - 5.2.1. Monto fijo de G.3.000.000 (guaraníes tres millones) destinado a los gastos del sepelio.

En ambos casos la cobertura es por cada Beneficiario del servicio de sepelio indicado y suscripto en la Solicitud de Contratación.

**¡CONSULTÁ SEGURO,
CONSULTÁ ONLINE DESDE
LA COMODIDAD DE TU CASA!**

**RECETAS
Y SOLICITUD
DE ESTUDIOS**



**RESERVAS
Y CONSULTAS**



**CHEQUEOS
DE RUTINA**



**MEDICAMENTOS
Y TRATAMIENTOS**



**DOCTOR
ONLINE**



RESERVÁ TU TURNO AL:



(0981) 74 56 67



(021) 319 00 00 (R.A)



SEDE ADMINISTRATIVA

Perú 222 esq. Eligio Ayala

☎ **Tel.:** 021 319 00 00 R.A.

Horario de Atención:

Lunes a Viernes: 08:00 a 18:00

CENTRO MÉDICO Y DE DIAGNÓSTICOS

Paí Pérez 630 c/ Azara

☎ **Tel.:** 021 228 422/3 - 220 199

Horario de Atención

Lunes a Viernes: 07:00 a 19:00

Sábados: 07:00 a 12:00

AGENCIA CIUDAD DEL ESTE

Humaitá c/ Carlos A. López

☎ **Tel.:** 061 509 478