PROGRAMA INTEGRAL FAMILIAR CON MATERNIDAD

**COBERTURA DE SERVICIOS REGIONAL – SEGURO SAN DIEGO**

San Diego ofrecerá servicios adicionales que indique esta Guía Medica las siguientes especialidades, así mismo, los **beneficiarios/as** tendrán aranceles diferenciados en todos los servicios que no contemplen el plan. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Consultas Médicas y de Urgencias. (ILIMITADO)**
	1. Clínica Medica
	2. Otorrinolaringológico y Quirúrgico.
	3. Cirugía General
	4. Medicina Familiar
	5. Ginecología y Obstetricia, Clínico y Quirúrgico.
	6. Pediatría y Quirúrgico.
	7. Gastroenterología y Quirúrgico.
	8. Traumatología y Quirúrgico.
	9. Dermatología

1.10- Urología y Quirúrgico.

1.11- Neurocirugía y Quirúrgico.

1.12- Maxilofacial y Quirúrgico.

1.13- Cardiológica Adulto y Pediátrico.

1.14- Alergista

1.15- Endocrinología

1.16- Proctología y Quirúrgico.

1.17- Flebologia

1.18- Geriatría

1.19- Diabetología.

1.20- Infectología

1.21- Neurología

**1.2- Consultas Médicas especiales (una consulta al mes).**

1.2.22- Odontología

1.2.23- Nutricionista

1.2.24- Psicología

1.2.25- Oncológicas

**OBSERVACION:** Las consultas NO SON ACUMULATIVAS.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**2- Servicios de urgencias**

2.1- Honorarios 100%

2.2- Sala de urgencia 100%

2.3- Sala de Observación 100%

2.4- Medicamentos y descartables de 100.000 Gs x evento.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**3- Odontología.**

Consulta de Inspección y hasta 2 (dos) Obturaciones simples.

Exámenes periódicos de la cavidad bucal.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**4- Servicios de Enfermería (sin límites).**

4.1- Aplicación de inyectable.

4.2- Nebulización con medicamentos. (sin mascarilla)

4.3- Toma de presión arterial.

4.4- Enema evacuador (sin medicamentos y sin descartables)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**5- Primeros Auxilios y procedimientos menores (sin límites).**

5.1- Sondaje vesical

5.2- Sonda – nasogástrica

5.3- Extracción de puntos

5.4- Curaciones simples y complejas

5.5- Taponamiento nasal

5.6- Enyesado y férula

5.7- Retiro de yeso

5.8- Extracción de cuerpo extraño de nariz u oído (en urgencias)

5.9- Sutura no mayor a 10 (diez) puntos

5.10- Honorarios médicos 100 %

5.11- Derecho de Sala de urgencias 100%

5.12- Medicamentos y descartables Gs. 100.000 por evento (excepto vacunas y antibióticos).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**6- Análisis clínicos de Rutina (hasta 3 (tres) servicios por beneficiario/a, por año de contrato).**

6.1- Hemograma

6.2- Plaqueta

6.2- Glicemia

6.3- Urea

6.4- Creatinina

* 1. Colesterol total
	2. Colesterol HDL
	3. Colesterol LDL
	4. Colesterol VLDL
	5. Triglicéridos

6.10- Ácido Úrico

6.11- Orina Simple

6.12- Tipificación Sanguínea

6.13- Heces Parasitológicos

6.14- Test de Elisa HIV

6.15- V.D.R.L

6.16- Toxoplasmosis IGG

6.17- Toxoplasmosis IGM

6.18- Perfil Lipídico

6.19- Perfil Hepático

6.20- Test de Coombs

6.21- Citomegalovirus IGG

6.22- Citomegalovirus IGM

* 1. Rubeola IGG
	2. Rubeola IGM
	3. Hepatitis B
	4. Herpes (Tipo I) IGG
	5. Herpes (Tipo I) IGM
	6. Herpes (Tipo II) IGG
	7. Herpes (Tipo II) IGM
	8. Chagas IGG
	9. Chagas IGM
	10. Hemoglobina Glicosilada
	11. PTGO
	12. Urocultivo
	13. FCSV
	14. Crasis Sanguínea
	15. Perfil Tiroideo
	16. TSH
	17. T4 Libre

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**7- Radiografías Simples (2 (dos) servicios por usuario/a por año de contrato)**

7.1- Antebrazo

7.2- Brazo

7.3- Cadera

7.4- Cara

7.5- Cavum

7.6- Clavícula

7.7- Codo

7.8- Columna cervical

7.9- Columna dorsal

7.10- Columna lumbar

7.11- Costilla

7.12- Cráneo

7.13- Dedo

7.14- Fémur

7.15- Hombro

7.16- Humero

7.17- Mano

7.18- Mastoidea

7.19- Muñeca

7.20- Muslo

7.21- Orbita

7.22 Pelvis

7.23- Pie

7.24- Pierna

7.25- Rodilla

7.26- Sacro – Cóccix

7.27- Sacrooliacos

7.28- Senos faciales

7.29- Tobillo

7.30- Tórax

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

8- **Resonancia Magnética** (cobertura del 50%) – a los 90 (noventa) días.

**9- Ecografías (hasta 3 ecografías por usuario/a por año de contrato)**

9.1- Obstétrica

9.2- Ginecológica pélvica.

9.3- Transvaginal

9.4- Abdominal Abdomen Superior (Hígado, Vías Biliares, Vesícula, Páncreas, bazo)

9.5- Prostática (Suprapúbica) O (Transrectal)

9.6- Abdominal total

9.7- Ecografía de Mamas

9.8- Ecografía de Tórax

9.9- Ecografía Testicular

9.10- Ecografía de Tiroides

9.11- Ecografía de Aparato Urinario

9.12- Ecografía de Hipocondrio Derecho

9.13- Ecografía de Órganos y Estructuras Superficiales

9.14- Ecografía de Retroperitoneo (Grandes Bazos Suprarrenales)

9.15- Ecografía Muscular

9.16- Ecografía Articular

9.17- Ecografía de partes blandas

9.18- Ecografía de pelvis

9.19- Ecografía Morfológica (hasta 2 (dos) servicios durante el embarazo) (Cobertura del 50% a los 300 días)

9.20- Ecografía Doppler Fetal (1 (un) servicio durante el embarazo) (Cobertura del 50% a los 300 días)

9.21- Ecografía Translucencia Nucal (1 (un) servicio durante el embarazo) (Cobertura del 50% a los 300 días)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**10- Electrocardiograma** (ilimitado)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**11- PAP y Colposcopia** (2 (dos) servicios por usuario/a por año de contrato)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**12- Tomografía simple** (1 (un) servicio por usuario/a por año de contrato) - carencia de 180 dias-

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**13- Internación clínica** (hasta 10 días y hasta 3 (tres) días por evento por usuario/a por año de contrato) exclusivamente en el Sanatorio Galenos. - Carencia de 90 (noventa) días-

13.1- Pensión Sanatorial 100%

13.2- Honorario profesional del médico tratante, una visita por día

13.3-Alimentación para el paciente 100%

13.4- Medicamentos y descartable Gs. 300.000 por evento – no incluyen medicamentos de receta médica ni medicamentos de uso corriente del paciente. –

13.5- Sala privada con aire acondicionado con teléfono, aire acondicionado, T.V. color con sistema de cable, sofá cama para el acompañante y baño privado.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

14- Cirugías (cirugías menor, media y grande hasta 1 (un) por usuario/a por año de contrato) exclusivamente en el Sanatorio Galenos

Ref.: Amputación de dedo, tendón de alquiles, varicoceles, túnel carpiano, quistes de ovario, Apendicetomía, Colecistectomía convencional, Reducción Traumatológica, Legrado (Evacuador/Biopsico/Espontaneo), Lipoma, Verruga (de piel), Pólipo. - Carencia de 180 días para menor y media y 270 (doscientos setenta) días para Procedimiento Mayor.

**Servicios contemplados:**

14.1- Pensión Sanatorial 100%

14.2- Honorarios médicos: Cirujano General, Gineco-obstetra, Pediatra, Anestesiólogo, Ayudante/s, instrumentador.

14.3- Derecho a Sala de Parto o Quirófano.

14.4- Alimentación para el paciente 100 %.

14.5- Medicamentos y descartables Gs. 500.000 por evento. No incluyen medicamentos de receta médica ni medicamentos de uso corriente del paciente. -

14.6- Sala privada con aire acondicionado con teléfono, aire acondicionado, T.V. color con sistema de cable, sofá cama para el acompañante y baño privado.

14.7- Internación de la madre, según contrato.

14.8- Internación en Nursery del recién nacido (Recién Nacido) hasta 3 (tres) días.

13.9- Luminoterapia, incubadora y carpa de oxígeno (hasta 96 horas). No incluye medicamentos y desechables.

13.10- La incorporación de los recién nacido deberá ser realizada dentro de las 72 horas posterior al nacimiento y las condiciones de ingreso se ajustarán a los determinados en el **CONTRATO.**

**NO INCLUYEN:** Artículos de perfumería o aseo personal, apósito post parto, pañal, faja, aerocámara, toallitas húmedas, leche maternizada, cremas para bebes, biberones, chupetes, cinta identificadora y agenda pediátrica. Los que corresponde a OXIGENO estará incluida en la cobertura de medicamentos y desechables.

No tendrán cobertura, de conformidad con lo establecido en la cláusula “Exclusiones de Contrato, 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 estos tratamientos, el parto normal o por cesárea y el tratamiento de el/los recién nacido/s inclusive en la unidad de cuidados intensivos.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**15- Fisioterapia** hasta 15 sesiones por año de contrato. – carencia de 60 (sesenta) días.

Ondas cortas

Ultra sonido

Infrarrojo

**16- Cobertura de:**

**Colonoscopia** (1 por año de contrato) – Carencia de 180 días-

**Endoscopia Digestiva Alta** (1 por año de contrato) – Carencia de 180 días.

**Eco cardio Doppler** (1 por año de contrato) - Carencia de 180 días)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**17- Cobertura de Servicio de Ambulancia 24hs**

Cobertura ilimitada en Ciudad del Este, del Centro Asistencial a Instituciones de Diagnósticos y/o viceversa.

Traslado del lugar del Accidente a los centros asistencial habilitado.

* + **Plan Familiar con Maternidad…………………………………………500.000 Gs (Pareja con un hijo)**