PROGRAMA INTEGRAL FAMILIAR SIN MATERNIDAD

 **COBERTURA DE SERVICIOS – 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 (sin límites)**

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 (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 2 (dos) servicios por beneficiario/a por año de contrato) carencia de 60 dias.**

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- V.I.H.

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

**7- Radiografías Simples (2 (dos) servicios por beneficiario 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- Sacroilíacos

7.28- Senos faciales

7.29- Tobillo

7.30- Tórax

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

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

**9- Ecografías (hasta 2 ecografías por usuario/a, por año de contrato)**

9.1- Abdominal total

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- Ecografía Articular

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 de pelvis

9.17- Ecografía de partes blandas

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

**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 5 días y hasta 3 eventos 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 (Sala privada con aire acondicionado con teléfono, aire acondicionado, T.V. color con sistema de cable, sofá cama para el acompañante y baño privado.).

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 procedimientos mayores-

14.1- Pensión sanatorial 100%

14.2- Honorario profesional (Cirujano – Ayudante – Anestesista – Instrumentador).

14.3- Derecho de 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. -\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**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 Sin Maternidad…………………………………………330.000 Gs (Solo la pareja)**
	+ **Si tiene un hijo el valor es de ……………………………….………380.000 Gs (Pareja y un hijo)**