

DETALLE DE COBERTURAS Y CARENCIAS

| CONCEPTO                                                                                                                                                                                                   | CARENCIA  | LÍMITE                                                              | COBERTURA                                                                                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|---------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| Consultas Ambulatorias                                                                                                                                                                                     |           |                                                                     |                                                                                               |
| Consultas programadas en consultorio                                                                                                                                                                       | Inmediata | Sin Límite                                                          | Según Lista de Prestadores y especialidades cubiertas                                         |
| Nutrición                                                                                                                                                                                                  | Inmediata | Hasta 4 consultas o sesiones por grupo familiar por año de contrato | Según Lista de Prestadores                                                                    |
| Psicología                                                                                                                                                                                                 | Inmediata | Hasta 4 consultas o sesiones por grupo familiar por año de contrato | Según Lista de Prestadores. No incluye test psicológicos, laboratoriales, ni terapia de grupo |
| Fonoaudiología                                                                                                                                                                                             | Inmediata | Hasta 4 consultas o sesiones por grupo familiar por año de contrato | Según Lista de Prestadores                                                                    |
| Servicio de Ambulancia                                                                                                                                                                                     |           |                                                                     |                                                                                               |
| Radio de cobertura: Asunción y Gran Asunción (San Lorenzo, F. de la Mora, Lambaré, Luque, Mariano Roque Alonso, Ñemby y Villa Elisa.                                                                       | Inmediata | Sin Límite                                                          | 100%                                                                                          |
| Consultas a domicilio no urgentes con profesionales de la empresa de ambulancia dispuesta por LA EMPRESA.                                                                                                  | Inmediata | Hasta 02 por mes por grupo familiar por año de contrato             |                                                                                               |
| Urgencias y Emergencias                                                                                                                                                                                    |           | Sin Límite                                                          | 100%                                                                                          |
| Traslados de Bajo y Alto Riesgo. Esta prestación no incluye los traslados requeridos para la realización de tratamientos programados, estudios de diagnóstico o consultas ambulatorias ni altas sanatorias | Inmediata | Sin Límite                                                          | 100%                                                                                          |
| Urgencias y Procedimientos Ambulatorios Derivados de la Urgencia                                                                                                                                           |           |                                                                     |                                                                                               |
| Consultas de urgencia con médico de guardia/honorarios del médico de guardia para suturas, curaciones, cirugías menores de urgencia, extracción de cuerpo extraño superficial y taponamiento nasal         | Inmediata | Sin Límite                                                          | Según Lista de Prestadores                                                                    |
| Uso de Sala de procedimientos                                                                                                                                                                              | Inmediata | Sin Límite                                                          | 100%                                                                                          |
| Medicamentos y materiales descartables. No incluye antibióticos, fibrinolíticos, medicamentos de uso crónico o de tratamiento. Cubre vacuna antitetánica en caso de accidentes.                            | Inmediata | Por evento                                                          | Hasta Gs. 150.000 Según Lista de Prestadores                                                  |
| Honorarios de interconsultores                                                                                                                                                                             | Inmediata | Hasta 01 por grupo familiar por año de contrato                     | Según Lista de Prestadores y Especialidades Cubiertas                                         |
| Nebulizaciones de urgencia (no de tratamiento)                                                                                                                                                             | Inmediata | Hasta 03 por grupo familiar por año de contrato                     | En Centros Habilitados                                                                        |
| Enfermería del área de urgencia.                                                                                                                                                                           |           |                                                                     |                                                                                               |
| Aplicación programada (de tratamiento) de inyectables intramusculares                                                                                                                                      | Inmediata | Sin Límite                                                          | Medicamentos y descartables con arancel preferencial                                          |
| Aplicación programada (de tratamiento) de inyectables endovenosos                                                                                                                                          | Inmediata | Sin Límite                                                          | Medicamentos y descartables con arancel preferencial                                          |
| Nebulizaciones programadas ambulatorias (de tratamiento)                                                                                                                                                   | Inmediata | Sin Límite                                                          | Medicamentos y descartables con arancel preferencial                                          |
| Curaciones ambulatorias                                                                                                                                                                                    | Inmediata | Hasta 03 por beneficiario por evento                                | Medicamentos y descartables con arancel preferencial                                          |
| Toma de presión                                                                                                                                                                                            | Inmediata | Sin Límite                                                          | 100%                                                                                          |
| Enema                                                                                                                                                                                                      | Inmediata | Sin Límite                                                          | Medicamentos y descartables con arancel preferencial                                          |

| CONCEPTO                                                                                                                                                                                                                                                                                | CARENCIA | LÍMITE                                                  | COBERTURA                                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Internaciones Clínicas                                                                                                                                                                                                                                                                  |          |                                                         | Las internaciones clínicas están sujetas a evaluación por parte de la Auditoría Médica de LA EMPRESA          |
| Eventos Agudos no relacionados a patologías preexistentes, crónicas ni congénitas.                                                                                                                                                                                                      | 60 días  | Sin Límite de eventos                                   | En Centros Habilitados                                                                                        |
| Eventos relacionados a enfermedades crónicas o preexistentes (no congénitas)                                                                                                                                                                                                            | 180 días | Sin Límite de eventos                                   | En Centros Habilitados                                                                                        |
| Honorarios del médico tratante                                                                                                                                                                                                                                                          |          | 50 días por grupo familiar por año de contrato          | Según Lista de Prestadores y Especialidades Cubiertas                                                         |
| Interconsultas en Internaciones Clínicas a pedido del médico tratante. Incluye en sala y/o UTI.                                                                                                                                                                                         |          | Hasta 02 interconsultas por evento                      | Según Lista de Prestadores y Especialidades Cubiertas                                                         |
| Transfusionista (Honorarios). Transfusión de concentrado de Glóbulos rojos, plasma fresco congelado, plaquetas, crioprecipitado y/o sangría terapéutica y asistencia del transfusionista.                                                                                               |          | Hasta 03 por grupo familiar por año de contrato         | Descartables y estudios serológicos con arancel preferencial.                                                 |
| Pensión Sanatorial: Habitación Individual con: baño privado, teléfono, AA, TV color, cama para acompañante, alimentación convencional del paciente, servicio de enfermería y médico de guardia. Suite con arancel                                                                       |          | 50 días por grupo familiar por año de contrato          | En Centros Habilitados                                                                                        |
| Medicamentos y Materiales Descartables: incluye lo usado en sala, quirófano y UTI (incluye oxígeno y gases anestésicos)                                                                                                                                                                 |          | Por beneficiario / evento                               | En Centros Habilitados hasta Gs. 1.000.000                                                                    |
| Fisioterapia motora o respiratoria                                                                                                                                                                                                                                                      |          | Hasta 05 sesiones por beneficiario / evento             | En Centros Habilitados                                                                                        |
| Nebulizaciones en internación                                                                                                                                                                                                                                                           |          | Hasta 05 sesiones por beneficiario / evento             | En Centros Habilitados                                                                                        |
| Internaciones Clínicas                                                                                                                                                                                                                                                                  |          | Hasta 04 eventos por grupo familiar por año de contrato | Todas las internaciones quirúrgicas están sujetas a evaluación por parte de la Auditoría Médica de LA EMPRESA |
| Eventos Agudos no relacionados a patologías, crónicas, preexistentes, congénitas o excluidas                                                                                                                                                                                            | 60 días  | Lista de cirugías cubiertas                             | En Centros Habilitados                                                                                        |
| Eventos agudizados impostergables, relacionados a patologías crónicas o preexistentes (no excluidos ni congénitos)                                                                                                                                                                      | 180 días | Lista de cirugías cubiertas                             | En Centros Habilitados                                                                                        |
| Eventos crónicos y/o preexistentes (no excluidos ni congénitos)                                                                                                                                                                                                                         | 240 días | Lista de cirugías cubiertas                             | En Centros Habilitados                                                                                        |
| Honorarios cirujano, un ayudante, instrumentador, anestesista.                                                                                                                                                                                                                          |          |                                                         | Según Lista de Prestadores                                                                                    |
| Anatomía Patológica: Biopsias simples. No incluye asistencia del patólogo (extemporánea), marcadores tumorales, estudios inmunohistoquímicos.                                                                                                                                           |          | Hasta 2 piezas, si el evento tuvo cobertura             | 100% con prestadores habilitados                                                                              |
| Derecho Operatorio                                                                                                                                                                                                                                                                      |          |                                                         | En Centros Habilitados                                                                                        |
| Pensión Sanatorial: Habitación Individual con: baño privado, teléfono, AA, TV color, cama para acompañante, alimentación convencional del paciente, servicio de enfermería y médico de guardia. Excepto suite.                                                                          |          | 50 días por grupo familiar por año de contrato          | En Centros Habilitados                                                                                        |
| Medicamentos y Materiales Descartables (incluye lo utilizado en sala, quirófano y/o U.T.I), Contempla oxígeno y gases anestésicos.                                                                                                                                                      |          | Por beneficiario / evento                               | En Centros Habilitados hasta Gs. 1.000.000                                                                    |
| Honorarios de interconsultores para especialidades cubiertas, a pedido del médico tratante. Incluye en sala y/o UTI.                                                                                                                                                                    |          | Hasta 02 interconsultas por evento                      | Según Lista de Prestadores                                                                                    |
| Transfusionista (Honorarios). Transfusión de concentrado de Glóbulos rojos, plasma fresco congelado, plaquetas, crioprecipitado y/o sangría Hasta 04 por grupo familiar por año de contrato Descartables y estudios serológicos con cargo terapéutica y asistencia del transfusionista. |          | Hasta 04 por grupo familiar por año de contrato         | Descartables y estudios serológicos con cargo                                                                 |

| CONCEPTO                                                                                                                                                                                                       | CARENCIA | LÍMITE                                           | COBERTURA                                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| Uso de equipos e instrumentales especializados                                                                                                                                                                 | 240 días |                                                  | A cargo del Beneficiario                                     |
| Fisioterapia motora o respiratoria                                                                                                                                                                             |          | Hasta 05 sesiones por beneficiario / evento      | En Centros Habilitados                                       |
| Nebulizaciones en internación                                                                                                                                                                                  |          | Hasta 05 sesiones por beneficiario / evento      | En Centros Habilitados                                       |
| Unidad de Terapia Intensiva                                                                                                                                                                                    |          |                                                  | En Sanatorio Británico                                       |
| Terapista jefe y médicos de guardia                                                                                                                                                                            | 180 días | 12 días grupo familiar por año de contrato       | En Sanatorio Británico                                       |
| Enfermería de la unidad                                                                                                                                                                                        |          | 12 días grupo familiar por año de contrato       | En Sanatorio Británico                                       |
| Pensión Sanatorial U.T.I. y equipos propios de la unidad.                                                                                                                                                      |          | 12 días grupo familiar por año de contrato       | En Sanatorio Británico                                       |
| Honorarios de interconsultores para especialidades cubiertas, a pedido del médico tratante. Incluye en sala y/o UTI.                                                                                           |          | Hasta 02 interconsultas por evento               | Según Lista de Prestadores                                   |
| Medicamentos y Materiales Descartables (incluye lo utilizado en sala, quirófano y/o U.T.I), Contempla oxígeno y gases anestésicos.                                                                             |          | Por beneficiario / evento                        | En Sanatorio Británico hasta Gs. 1.000.000                   |
| Transfusionista (Honorarios). Transfusión de concentrado de Glóbulos rojos, plasma fresco congelado, plaquetas, crioprecipitado y/o sangría terapéutica y asistencia del transfusionista.                      |          | Hasta 03 por grupo familiar por año de contrato  | Descartables y estudios serológicos con arancel preferencial |
| Procedimientos invasivos / quirúrgicos, elaboración de dieta para alimentación enteral o parenteral                                                                                                            |          |                                                  | A Cargo del Beneficiario                                     |
| Fisioterapia motora o respiratoria                                                                                                                                                                             |          | Hasta 05 sesiones por beneficiario / evento      | En Centros Habilitados                                       |
| Nebulizaciones en internación                                                                                                                                                                                  |          | Hasta 05 sesiones por beneficiario / evento      | En Centros Habilitados                                       |
| Maternidad: para titular o esposa del titular                                                                                                                                                                  |          |                                                  |                                                              |
| Gineco-obstetra, Ayudante (en parto cesárea), Instrumentador, Anestesista, Pediatra/neonatólogo                                                                                                                | 300 días |                                                  | Según lista de prestadores                                   |
| Transfusionista (Honorarios). Transfusión de concentrado de Glóbulos rojos, plasma fresco congelado, plaquetas, crioprecipitado y/o sangría terapéutica y asistencia del transfusionista.                      |          | Hasta 03 por grupo familiar por año de contrato  | Descartables y estudios serológicos con arancel preferencial |
| Derecho Operatorio                                                                                                                                                                                             |          |                                                  | En Centros Habilitados                                       |
| Pensión Sanatorial: Habitación Individual con: baño privado, teléfono, AA, TV color, cama para acompañante, alimentación convencional del paciente, servicio de enfermería y médico de guardia. Excepto suite. |          | PN: 48 hs<br>PC: 72 hs                           | En Centros Habilitados                                       |
| Medicamentos y Materiales Descartables (incluye lo utilizado en sala, quirófano y/o U.T.I), Contempla oxígeno y gases anestésicos.                                                                             |          | Por beneficiario / evento                        | En Centros Habilitados hasta Gs. 1.000.000                   |
| Mamadera, faja, elementos de higiene, chupete, pañales, vacuna anti RH                                                                                                                                         |          |                                                  | Con arancel preferencial                                     |
| Nursery                                                                                                                                                                                                        |          | Hasta el 3er día de vida                         | En Centros Habilitados                                       |
| Carpa de Oxigeno (en nursery)                                                                                                                                                                                  |          | Hasta el 3er día de vida                         | En Centros Habilitados                                       |
| Luminoterapia (en nursery)                                                                                                                                                                                     |          | Hasta el 3er día de vida                         | En Centros Habilitados                                       |
| Incubadora (en nursery)                                                                                                                                                                                        |          | Hasta el 3er día de vida                         | En Centros Habilitados                                       |
| U.T.I. Neonatal (cama y honorarios del terapeuta)                                                                                                                                                              |          | Hasta el 3er día de vida                         | En Sanatorio Británico                                       |
| Medicamentos y descartables del recién nacido                                                                                                                                                                  |          |                                                  | Con arancel preferencial                                     |
| Interconsultas con especialistas                                                                                                                                                                               |          |                                                  | Con arancel preferencial                                     |
| Nebulizaciones en internación del RN patológico y prematuro                                                                                                                                                    |          | Hasta 05 sesiones grupo familiar año de contrato | Medicamentos con cargo                                       |
| En todos los casos, el Recién Nacido, Prematuro y Patológico deberá ser inscripto como Beneficiario dentro de los 7 (siete) días para poder gozar de la cobertura del Plan.                                    |          |                                                  |                                                              |

| CONCEPTO                                                                                                                                           | CARENCIA  | LÍMITE                                                                                     | COBERTURA                                                                                                           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|--------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Procedimientos y tratamientos ambulatorios                                                                                                         | 150 días  | Hasta 03 eventos por grupo familiar por año de contrato                                    | A cargo del Beneficiario                                                                                            |
| Crioterapia de cuello uterino, Cepillado o legrado endocervical, Electrocoagulación y biopsia de cuello uterino.                                   |           |                                                                                            | Medicamentos y descartables hasta Gs. 100.000                                                                       |
| Infiltración de rodilla, muñeca, tobillo, hombro c/ traumatólogo interno (no factores de crecimiento).                                             |           |                                                                                            | Medicamentos y descartables con arancel preferencial                                                                |
| Lavado de oído con médico de guardia                                                                                                               |           |                                                                                            | Medicamentos y descartables con arancel preferencial                                                                |
| Procedimientos dermatológicos simples: nevus, verrugas, quistes sebáceos, biopsias, onicectomía                                                    |           | Hasta 10 lesiones por grupo familiar por año de contrato                                   | Medicamentos y descartables con arancel preferencial<br>Cubre estudio anatomopatológico hasta el límite de lesiones |
| Otros procedimientos ambulatorios cubiertos                                                                                                        |           |                                                                                            |                                                                                                                     |
| Fisioterapia traumática ambulatoria para casos agudos Infrarrojo, ultrasonido, Proetz, tracción cervical, magnetoterapia, laserterapia, onda corta | 30 días   | 35 sesiones por Grupo Familiar por año de contrato                                         | En Centros Habilitados                                                                                              |
| Ejercicios ortópticos                                                                                                                              |           | Hasta un total de 20 sesiones por grupo familiar por año de contrato                       | Según lista de prestadores                                                                                          |
| Análisis laboratoriales                                                                                                                            |           |                                                                                            |                                                                                                                     |
| Simples o de rutina                                                                                                                                | Inmediata | Según anexo de análisis laboratoriales                                                     | En Centros designados por la prestadora                                                                             |
| Análisis laboratoriales especializados. Extracciones a domicilio y análisis por hematólogo, con cargo.                                             | 60 días   | Según anexo de análisis laboratoriales                                                     | En Centros designados por la prestadora                                                                             |
| Estudios de diagnóstico                                                                                                                            |           |                                                                                            |                                                                                                                     |
| Radiología simple                                                                                                                                  | Inmediata | Sin límite                                                                                 | En Centros Habilitados                                                                                              |
| Estudios especializados                                                                                                                            | 45 días   | Hasta 20 estudios por grupo familiar / año de contrato, según anexo de estudios cubiertos. | En Centros Habilitados                                                                                              |
| Medicamentos y equipos, materiales descartables, contrastes, anestésistas usados para los estudios.                                                |           |                                                                                            | Con arancel preferencial                                                                                            |
| Cobertura óptica                                                                                                                                   | 30 días   |                                                                                            | En Óptica Visión. Según anexo de cobertura óptica                                                                   |
| Asistencia al viajero                                                                                                                              | 30 días   |                                                                                            | Según anexo de asistencia al viajero                                                                                |
| Cobertura odontológica                                                                                                                             | Inmediata |                                                                                            | En Clínica Santa María y Providencia                                                                                |

COBERTURAS NO APLICABLES A EVENTOS EXLUIDOS O ARANCELADOS

V I V A M O S M Á S

I

santa

clara

medicina prepaga

 [santaclara.com.py](https://santaclara.com.py)

