



# PLAN MEDICAL PLUS

Material de Consulta para el Beneficiario

 **ASISMED**

... Toda la Vida

# Reciba sus visaciones por whatsapp o email



**Whatsapp corporativo +595 21 288 7000**

Todas las consultas en un solo lugar. Informaciones fuera de horario hábil (Urgencias)

## Visaciones

- **Vía whatsapp corporativo:**  
288 7000 opción 1

- **Vía email:**  
visaciones@asismed.com.py

### Vía APP Asismed

Las visaciones serán enviadas vía email, hasta 4 horas posteriores a la recepción del pedido.

Las visaciones vía Whatsapp, email y APP se realizan las 24hs. de lunes a lunes

En La Costa Artigas, La Costa Lynch y Santa Julia no requiere visación previa.

## Presupuestos Para cirugías programadas

- **Vía whatsapp corporativo:**  
288 7000 opción 1

- **Vía email:**  
presupuestos@asismed.com.py

Los presupuestos serán enviados al beneficiario vía email, según corresponda, hasta 72 horas posteriores a la recepción del pedido.

Estos servicios se realizan de 8 a 18:00hs. de lunes a viernes y de 8 a 12:00hs. los días sábados.

Esta Guía Médica se halla sujeta a modificaciones en cuanto a inclusiones, exclusiones, cambios de dirección, teléfono y niveles de cobertura de Médicos en convenio.

Ante cualquier duda, sugerimos consultar con nuestro **Call Center 288 7000**

**Asismed Edificio Corporativo:** Diego de Silva 1215 y Tte. Insaurralde. Tel: 288 7000  
Horario de atención: Lunes a viernes 08 a 18hs. Sábados 08 a 12hs.

**Asismed Oficina Mcal. Lopez:** Avda. Mcal. López 468 c/ Perú. Tel: 288 7950  
Horario de atención: Lunes a viernes 08 a 18hs. Sábados 08 a 12hs.

**Asismed Oficina Encarnación:** Avda. Gral. Bernardino Caballero 248. Tel: 288 7770  
Horario de atención: Lunes a viernes 07 a 18hs. Sábados 08 a 12hs.

**Email:** asismed@asismed.com.py | www.asismed.com.py



Material de Consulta  
para el Beneficiario

PLAN **MEDICAL**  
**PLUS**



**DETALLE DE COBERTURAS**

Servicios con Cobertura	Cantidad	Vigencia
<b>Cobertura Ambulatoria:</b>		
• Consultas en consultorio	Ilimitada	Inmediata
• Estudios Laboratoriales de rutina (anexo I)	Ilimitados	Inmediata
• Estudios Laboratoriales especializados (anexo I)	Ilimitados	60 días
• Radiología simple (anexo II)	Ilimitada	Inmediata
• Radiología contrastada (anexo III)	Ilimitada	60 días
• Estudios Diagnósticos especializados (anexo III)	Ilimitados	60 días
• Ecografías Medicina Interna (anexo IV)	Ilimitadas	60 días
• Estudios de Salud Fetal	Ilimitados	60 días
• Honorarios Anestesiólogo en estudios diagnósticos	Ilimitado	60 días
• Fisioterapia Traumática (anexo V)	20 ses/benef/año/Cto.	60 días
• Urgencias en Sanatorio		Inmediata
• Consulta con médico de guardia		
• Procedimientos con médico de guardia:		
• Suturas		
• Curaciones		
• Extracción de cuerpos extraños		
• Drenajes de abscesos		
• Taponamiento nasal		
• Electrocardiograma		
• Medicamentos y descartables:		
• Sanatorio del Grupo San Roque	Cobertura Total	
• Otros Sanatorios en convenio, por evento	Hasta Gs. 50.000	
• Servicios de Enfermería:		
• Nebulizaciones con medicamentos		
• Aplicación de inyectables		
• Toma de Presión Arterial		
• Enema		
• Servicio Domiciliario Asunción y Gran Asunción	Ilimitado	Inmediata
• Consultas		
• Atención de urgencias y/o emergencias		
• Medicamentos y descartables utilizados		
• Electrocardiograma		
• Traslados en ambulancia Asunción y Gran Asunción	Ilimitado	Inmediata
<b>Cobertura Sanatorial:</b>		
• Unidad cama:	30 días benef/año/Cto.	
• Urgencia		Inmediata
• Programadas		150 días
• Honorarios médicos Clínicos y/o Quirúrgicos:		
• Urgencia		Inmediata
• Programadas		150 días
• Anatomía Patológica, biopsias simples		150 días
• Transfusiones sanguíneas (honorarios) por evento	Hasta 10	150 días
• Derechos Operatorios:		
• Urgencia		Inmediata
• Programados		150 días

<b>DETALLE DE COBERTURAS</b>		
<b>Servicios con Cobertura</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Vigencia</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uso de equipo de videolaparoscopia</li> <li>• Uso de equipo de artroscopia</li> <li>• Medicamentos y descartables por evento</li> <li>• Unidad de Terapia Intensiva                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Adultos: Sanatorios del Grupo San Roque</li> <li>• Pediátrica/Neonatal: Sanatorio La Costa                                     <ul style="list-style-type: none"> <li>• Honorarios Terapista en convenio</li> <li>• Estudios Laboratoriales (anexo I)</li> <li>• Estudios Radiológicos (anexo II)</li> <li>• Estudios Diagnósticos especializados (anexo III)</li> <li>• Ecografías (anexo IV)</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>	Hasta Gs. 400.000 15 días benef/año/Cto.	150 días 150 días 150 días 150 días
<b>Cobertura de Maternidad:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Internación de la madre</li> <li>• Nursery</li> <li>• Uso de Carpa de Oxígeno, Luminoterapia e incubadora</li> <li>• Derecho a sala de parto o quirófano</li> <li>• Honorarios Médicos:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Obstetra</li> <li>• Ayudantes (Cesárea)</li> <li>• Pediatra</li> <li>• Anestesiólogo</li> <li>• Transfusionista (Cesárea)</li> </ul> </li> <li>• Medicamentos y descartables (evento sin complicaciones)</li> <li>• Estudios Laboratoriales (anexo I)</li> <li>• Estudios Radiológicos (anexo II)</li> <li>• Estudios Diagnósticos especializados (anexo III)</li> <li>• Ecografías (anexo IV)</li> </ul>	Según indicación médica Según indicación médica Hasta 15 días   Hasta Gs. 400.000	300 días

**CARENCIAS ESTABLECIDAS PARA:**

- Cobertura de Maternidad: 300 días
- Cobertura de Cirugías Programadas: 150 días



# Condiciones Generales de Prestación de Beneficios

PLAN **MEDICAL**  
**PLUS**



**CONDICIONES GENERALES DE PRESTACION Y BENEFICIOS  
PLAN MEDICAL PLUS**

Este documento contempla las condiciones generales que rigen la contratación de la Cobertura Médica Sanatorial bajo el sistema de Medicina prepaga de la Empresa Asismed S.A.

**1. DE LOS DISTINTOS PLANES MÉDICOS DE COBERTURA Y DE SUS ALCANCES:**

**1.1. PLAN MEDICAL PLUS**

**2. REQUISITOS:**

- 2.1. El interesado en contratar un determinado Plan de cobertura médica, deberá llenar la solicitud de admisión proveída por la Empresa, respondiendo en forma fidedigna a todos los datos solicitados.
- 2.2. En la solicitud, manifestará bajo la forma de Declaración Jurada el estado de salud en que se encuentre, indicando enfermedades actuales y/o crónicas o estado de gravedad. En caso de que le sea requerido, deberá presentar certificación médica actualizada y si hubiese lugar, estudios diagnósticos complementarios.
- 2.3. La presentación de la solicitud por parte del interesado, implica el conocimiento y aceptación por parte del mismo, de las condiciones generales establecidas en este documento y de las particularidades contenidas en el Contrato y demás documentos integrantes del mismo.

**3. DEFINICIONES:**

- 3.1. 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
- 3.2. ALTA:** acto médico que determina la finalización de la modalidad de asistencia que venía siendo prestada al paciente hasta el momento, por cura, mejoría, alteración, por pedido o transferencia. El paciente podrá, si hace falta, pasar a recibir otra modalidad de asistencia, sea en el mismo establecimiento, en otro o en el propio domicilio.
- 3.3. ALTA SANATORIAL:** acto médico que determina el egreso del paciente de un centro hospitalario/sanatorial pos internación con recomendaciones e indicaciones a fin de continuar su tratamiento en forma ambulatoria
- 3.4. ALTA MÉDICA:** 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.
- 3.5. 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.
- 3.6. 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.
- 3.7. ASISTENCIA AMBULATORIA:** modalidad de actuación realizada por uno o más integrantes del equipo de salud a pacientes en régimen de no internación
- 3.8. 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.
- 3.9. BENEFICIARIO TITULAR:** es la persona física, funcionario o empleado de la Contratante, titular del grupo familiar del Plan de cobertura médica contratado por la Contratante. que contrata uno de los planes de cobertura médica.

- 3.10. BENEFICIARIO:** se denomina en modo general a la persona física que es sujeto de una prestación médica o sanatoria conforme al Plan de Cobertura Médica contratado..
- 3.11. CENTRO MÉDICO LA COSTA ARTIGAS:** denominación que se da al Centro medico ubicado en calle Artigas 1500 c/ Concepción Leyes de Chavez
- 3.12. CENTRO MÉDICO SANTA JULIA:** denominación que se da al Centro medico ubicado en calle Brasilia 1182 esq. Tte. Insaurralde.
- 3.13. CENTRO MÉDICO LA COSTA LYNCH:** denominación que se da al Centro medico ubicado en calle Avda. Madame Lynch Esq. Víctor Heyn.
- 3.14. CENTRO MÉDICO LA COSTA DEL ESTE:** denominación que se da al Centro medico ubicado en Shopping Plaza Jesuítica. Km 8 Ruta 7 Ciudad del Este
- 3.15. COBERTURA MÉDICA:** 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.
- 3.16. 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.
- 3.17. 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.
- 3.18. CENTRO MÉDICO LA COSTA:** denominación que se da al CONJUNTO de los siguientes Centros Medicos: Centro Medico La Costa Artigas, Centro Médico Santa Julia, Centro Médico La Costa - Lynch y Centro Médico La Costa del Este.
- 3.19. 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 ASISMED S.A. a través de su Departamento Médico.
- 3.20. 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.
- 3.21. ENFERMEDADES CRÓNICAS:** son aquellas persistentes o que continúan durante un período de tiempo igual o superior a 6 semanas.
- 3.22. ENFERMEDADES O DESORDENES CONGENITOS:** son aquellos existentes al momento o antes del nacimiento, independientemente de la causa y del tiempo en que se manifiesten.
- 3.23. 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.
- 3.24. 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.
- 3.25. SANATORIO SAN ROQUE:** denominación que se da al Sanatorio ubicado en calle Eligio Ayala esq. Pa'i Pérez
- 3.26. SANATORIO LA COSTA:** denominación que se da al Sanatorio ubicado en calle Avda. Artigas 1500 c/ Concepción Leyes de Chávez
- 3.27. SANATORIO SANTA JULIA:** denominación que se da al Sanatorio ubicado en calle Brasilia 1182 esq. Tte. Insaurralde.
- 3.28. 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.

**3.29. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN LORENZO (HUSL):** denominación que se da al Hospital ubicado en calle Km 15 – Ruta 2 Mcal. Jose Félix Estigarribia

**3.30. INTERNACION:** admisión de un paciente para ocupar una cama hospitalaria, por un período igual o mayor a 24 horas.

**3.31. SANATORIOS GRUPO SAN ROQUE:** denominación que se da al CONJUNTO de los siguientes sanatorios: Sanatorio San Roque; Sanatorio La Costa, Sanatorio Santa Julia y Hospital Universitario San Lorenzo (HUSL)

**3.32. 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.

#### 4. IDENTIFICACIÓN:

4.1. La Empresa proporcionará a cada Beneficiario, una Tarjeta/Credencial de Identificación de propiedad de la Empresa, de carácter intransferible, que lo acreditará como tal y que deberá exhibir junto con su Documento de Identidad toda vez que requiera servicios médicos, sanatoriales y/o diagnósticos cubiertos por el Plan.

4.2. La Tarjeta/Credencial de Identificación consignará:

4.2.1. Nombre del Beneficiario, sea Titular o Adicional.

4.2.2. Número de Cédula de Identidad.

4.2.3. Fecha de Nacimiento.

4.2.4. Plan de Cobertura, vigente a la fecha de la firma del contrato o a la renovación del mismo.

4.2.5. Número de Beneficiario.

4.2.6. Fecha de Ingreso.

4.3. La pérdida o extravío de la Tarjeta/Credencial de Identificación, se deberá comunicar de inmediato a la Empresa adjuntando copia de la denuncia realizada ante la Autoridad competente.

4.4. La utilización de la Tarjeta/Credencial de Identificación por terceros con el consentimiento del Beneficiario Titular o Adicional, facultará a la Empresa a proceder a la exclusión del beneficiario y a efectuar la cancelación de la cobertura respecto del mismo.

4.5. Es obligación del Beneficiario Titular, comunicar por escrito a la Empresa, cualquier cambio de domicilio o número telefónico. De no hacerlo, será válida toda comunicación enviada al domicilio indicado en la solicitud de ingreso, o en el último domicilio comunicado.

4.6. Todo beneficiario tiene la obligación de comunicar, dentro de los 7 (siete) días de acaecido el hecho, cualquier cambio que se produjere en su nómina de Beneficiarios Adicionales, ya sea por, nacimientos, casamientos, defunciones o mayoría de edad de aquellos hijos solteros dependientes del mismo, bajo pena de considerar que el Beneficiario Titular ha incumplido con las obligaciones que asume.

#### 5. DE LAS COBERTURAS MÉDICAS:

La cobertura médica contempla las prestaciones médicas descriptas a continuación:

5.1. CONSULTAS Y PROCEDIMIENTOS AMBULATORIOS: Cobertura Total.

5.1.1. Las consultas serán realizadas en el consultorio privado del médico elegido por el Beneficiario, de la Agenda de Profesionales en Convenio, en los días y horarios por ellos establecidos.

5.1.2. Los Beneficiarios deberán convenir con el médico el día y la hora en que deberá concurrir al consultorio.

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

5.1.4. Los Beneficiarios deberán concurrir munidos de la Tarjeta/Credencial de Identificación otorgada por la Empresa, conjuntamente con su Documento de Identidad. En caso contrario el médico podrá negarse a realizar la prestación o a exigir el pago de sus honorarios en forma particular.

5.1.5. Los Médicos dispondrán en sus consultorios de una planilla de registro de consultas, la que deberá

ser firmada por el Beneficiario/paciente una vez efectuada la consulta. En aquellos prestadores que cuenten con el sistema de huella digital, el Beneficiario/paciente deberá registrar su huella cada vez que realice una consulta o un procedimiento/estudio.

5.1.6. Médico Copago: El beneficiario/paciente abonará un ticket habilitador de Gs. 10.000 o más dependiendo del valor convenido entre el médico y la Empresa.

## 5.2. HONORARIOS MÉDICOS CLÍNICO QUIRÚRGICOS:

5.2.1. Sólo se cubrirán honorarios de los profesionales que forman parte de la Agenda de Prestadores en Convenio.

5.2.2. Los honorarios médicos en internación, estarán directamente relacionados con la cantidad máxima de días con cobertura sanatorial.

5.2.3. Cuando los honorarios clínicos correspondan a médicos que no forman parte del plantel de prestadores en convenio, los mismos serán de cargo del beneficiario/paciente.

5.2.4. En los casos en que el Cirujano no sea médico en convenio y sus ayudantes pertenezcan al plantel de profesionales en convenio con la Empresa, sólo se cubrirán los honorarios de estos últimos hasta los montos señalados por el arancel en convenio.

5.2.5. Los honorarios del Anestesiólogo, sólo se cubrirán honorarios de los profesionales en convenio de la Agenda de Profesionales, para aquellas cirugías y procedimientos que cuenten con cobertura en las Condiciones Generales de Prestación y Beneficios del plan contratado.

5.2.6. Los honorarios correspondientes a médicos con Nivel de Arancel Diferenciado, serán de cargo del beneficiario; la cobertura se limitará sólo a la parte sanatorial, de acuerdo al punto 5.3.

5.2.7. Los honorarios médicos de profesionales en Nivel Copago, tendrán cobertura parcial quedando los excedentes de cargo del beneficiario/paciente.

5.2.8. Formarán parte de la cobertura los honorarios profesionales, de médicos en convenio en las siguientes especialidades:

5.2.8.1. Anatomía Patológica, estudios habituales de biopsias y/o piezas operatorias, excluye biopsias extemporáneas.

5.2.8.2. Alergología, consultas en consultorio (vacunas y test alérgicos de cargo del beneficiario/paciente).

5.2.8.3. Anestesiología, Cobertura total con profesionales anestesiólogos en convenio de la Agenda de Profesionales, para aquellas cirugías y procedimientos que cuenten con cobertura en las Condiciones Generales de Prestación y Beneficios del plan contratado

5.2.8.4. Clínica Médica.

5.2.8.5. Cirugía General: Intervenciones quirúrgicas convencionales mayores y menores (con excepción de las excluidas expresamente).

5.2.8.6. Cirugías Videolaparoscópicas para vesícula y apéndice.

5.2.8.7. Cirugías Artroscópicas diagnósticas y/o terapéuticas de rodilla (meniscos).

5.2.8.8. Cirugías Oncológicas, cuando el carcinoma se refiere a tumores sólidos y solamente en el primer acto quirúrgico. Los honorarios médicos por complicaciones derivadas de la cirugía, serán de cargo del beneficiario/paciente de acuerdo a los aranceles en convenio.

5.2.8.9. Cirugías Plástica Reparadora, en eventos agudos (Accidentes) y con el profesional en convenio con ASISMED para este tipo de eventos.

5.2.8.10. Cardiología Clínica.

5.2.8.11. Hematología, consultas.

5.2.8.12. Dermatología: consultas en consultorio, incluye biopsias de piel y procedimientos menores en consultorio (no incluye procedimientos dermoestéticos, láser, medicamentos y materiales).

5.2.8.13. Diabetología y Endocrinología, consultas.

5.2.8.14. Cirugía Pediátrica: Enfermedades Congénitas en niños nacidos durante la vigencia del presente Contrato: Pie Bot, Hidrocefalia (no incluye válvula ni materiales), Ano imperforado (1er. Tiempo), Hernias inguinales, Hernia umbilical y Labio Leporino (1er. Tiempo).

- 5.2.8.15. Flebología, consultas en consultorio.
  - 5.2.8.16. Gastroenterología:
    - 5.2.8.16.1. Consultas.
    - 5.2.8.16.2. Estudios Diagnósticos: según anexo III.
    - 5.2.8.16.3. Procedimientos Gastroenterológicos terapéuticos por Videoendoscopia:
      - 5.2.8.16.3.1. Extracción de cuerpos extraños del tubo digestivo.
      - 5.2.8.16.3.2. Polipectomía Endoscópica alta/baja.
      - 5.2.8.16.3.3. Colangiopancreatografía Retrógrada.
  - 5.2.8.17. Ginecología y Obstetricia, incluye cirugías por videolaparoscopia e histeroscopia, no relacionadas con diagnósticos de infertilidad.
  - 5.2.8.18. Geriátrica, consultas.
  - 5.2.8.19. Infectología.
  - 5.2.8.20. Hepatología.
  - 5.2.8.21. Mastología.
  - 5.2.8.22. Monitoreo del clínico en intervenciones quirúrgicas a solicitud escrita del médico tratante.
  - 5.2.8.23. Nefrología, consultas.
  - 5.2.8.24. Neumología.
  - 5.2.8.25. Neurología clínica.
  - 5.2.8.26. Nutrición, consultas (Centro Médico La Costa).
  - 5.2.8.27. Oftalmología:
    - 5.2.8.27.1. Consultas.
    - 5.2.8.27.2. Cataratas (no incluye lente intraocular)
    - 5.2.8.27.3. Glaucoma.
    - 5.2.8.27.4. Chalazión.
    - 5.2.8.27.5. Heridas penetrantes simple del globo ocular.
    - 5.2.8.27.6. Cuerpo extraño corneal.
    - 5.2.8.27.7. Heridas de párpado.
    - 5.2.8.27.8. Enucleación.
    - 5.2.8.27.9. Lavado de vías lagrimales.
    - 5.2.8.27.10. Heridas penetrantes complicadas del globo ocular.
    - 5.2.8.27.11. Sutura conjuntiva.
    - 5.2.8.27.12. Papiloma de párpado.
    - 5.2.8.27.13. Inyección retrobulbar.
    - 5.2.8.27.14. Heridas vías lagrimales.
    - 5.2.8.27.15. Pterigión (no láser).
  - 5.2.8.28. Transfusiones, hasta 10 transfusiones por evento. (no incluye irradiación del material, perfiles inmunológicos, ni materiales de transfusión).
  - 5.2.8.29. Urología, incluye R.T.U. de Próstata.
  - 5.2.8.30. Pediatría.
    - 5.2.8.30.1. Vacunatorio: exclusivamente en Sanatorio La Costa (área de Urgencias), las vacunas indicadas y proveídas por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (de acuerdo a disponibilidad).
  - 5.2.8.31. Psiquiatría, sólo consultas en consultorio hasta 3 por beneficiario/año de contrato. Otras consultas, arancel en convenio de cargo del paciente/beneficiario.
  - 5.2.8.32. Otorrinolaringología, incluye procedimientos menores: lavado de oídos, cauterización nasal, extracción de cuerpo extraño en oído y nariz.
  - 5.2.8.33. Proctología.
  - 5.2.8.34. Reumatología, consultas.
- 5.2.9. La presencia del Hemoterapeuta en la sala de operaciones, será sin cargo para el beneficiario/paciente.

5.2.10. Los honorarios de Médicos Interconsultores solicitados por el Médico Tratante, se cubrirán sólo cuando se trate de Médicos en Nivel C. Total y hasta un máximo de 2 (dos) visitas por especialista. Los honorarios de profesionales Médicos Interconsultores solicitados por el paciente y/o su representante, aún cuando sean profesionales en convenio con la Empresa, no tendrán cobertura.

### 5.3. INTERNACIONES

5.3.1. Cada Beneficiario/paciente tiene derecho a Cobertura total por un máximo de 30 días/año/contrato, en los Sanatorios del Grupo San Roque, otros sanatorios en convenio previa autorización/hoja de cobertura.

5.3.2. Las internaciones se realizarán, principalmente en los Sanatorios del Grupo San Roque, en habitaciones individuales que cuentan con: teléfono, aire acondicionado, TV Color con sistema de cable, cama para el acompañante y baño privado. Incluye además, la dieta convencional del paciente, servicio de enfermería y médicos de guardia del sanatorio.

5.3.3. Si el Beneficiario/paciente requiere por su condición, internación en la Unidad de Terapia Intensiva adulto o pediátrica, tiene derecho a Cobertura total por un máximo de 15 días por año de Contrato, que incluyen, la unidad cama y sus correspondientes equipos (monitor, desfibrilador, saturómetro, electrocardiógrafo y otros equipos propios de la unidad), honorarios del Médico Terapeuta en convenio, alimentación oral del paciente indicada por su médico tratante o especialista y enfermera de guardia de la Unidad, análisis de laboratorio y radiología simple.

5.3.4. Cuando el Beneficiario/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/paciente en su totalidad.

5.3.5. En el supuesto que los Sanatorios del Grupo San Roque no dispongan de habitaciones libres, se procederá a la derivación del Beneficiario/paciente previa autorización de la Empresa, a otro Centro en convenio (ver Agenda de Profesionales).

5.3.6. Serán parte de la cobertura, los estudios diagnósticos según se detallan en los anexos correspondientes. Sólo se reconocerá cobertura, cuando los estudios sean realizados por prestadores en convenio.

5.3.7. Las órdenes de internación emitidas por el médico tratante para cirugías programadas, deberán ser presentadas previamente en las oficinas de la Empresa o remitidas por fax, para la emisión de la cobertura y Presupuesto conforme al Plan contratado.

5.3.8. Medicamentos y materiales descartables en internación clínica y/o quirúrgica: hasta Gs. 400.000.- (Guaraníes cuatrocientos mil), por evento.

5.3.9. Derechos operatorios cirugías convencionales, videolaparoscópicas, videoendoscópicas y artroscópicas: Cobertura total en los Sanatorios San Roque, La Costa, Santa Julia y H.U.S.L.

5.3.10. Derechos operatorios e internaciones, cobertura total en los Sanatorios San Roque, La Costa y Santa Julia:

5.3.10.1. Neurocirugía.

5.3.10.2. Cardiocirugía.

5.3.10.3. Cirugía Plástica Reparadora.

5.3.10.4. Cirugía Odontológica.

5.3.10.5. Cirugía Torácica.

5.3.10.6. Cirugía Vascular Periférica.

5.3.11. Recargos por estudios laboratoriales realizados fuera de horario y traslados de equipos de radiología, serán cubiertos por la Empresa, cuando los mismos sean realizados por prestadores en convenio

5.3.12. Uso de equipos durante la internación que sean propios del Sanatorio San Roque, La Costa y Santa Julia., cobertura total, considerándose los siguientes:

5.3.12.1. Rayos X.

5.3.12.2. Ecógrafo.

5.3.12.3. Colchones de aire-agua.

- 5.3.12.4. Tomógrafo.
- 5.3.12.5. Electrocardiógrafo.
- 5.3.12.6. Monitores.
- 5.3.12.7. Máquina de anestesia.
- 5.3.12.8. Videolaparoscopia.
- 5.3.12.9. Microscopio.
- 5.3.12.10. Facoemulsificador.
- 5.3.12.11. Arco en C.
- 5.3.12.12. Saturómetro.
- 5.3.12.13. Videoesndoscopia.
- 5.3.12.14. Artroscopia.
- 5.3.12.15. Goteo Electrónico.

5.3.13. Oncología clínica, cobertura total de unidad cama en el Servicio de Oncología del Sanatorio La Costa y Santa Julia. Honorarios médicos, drogas oncológicas, medicamentos, descartables y otros gastos derivados de la internación: cargo del beneficiario/paciente.

#### **5.4. MATERNIDAD** (No incluye eventos derivados de Tratamientos de Fertilidad)

##### 5.4.1. La cobertura contempla:

- 5.4.1.1. Honorarios médicos en convenio, incluyendo analgesia en parto normal. Profesionales Nivel Copago, ASISMED cubre parcialmente los honorarios.
- 5.4.1.2. Internación de la madre, según lo determine el médico tratante.
- 5.4.1.3. Internación del recién nacido (Nursery), según lo determine el médico tratante.
- 5.4.1.4. Cuna térmica, luminoterapia convencional, carpa de oxígeno, incubadora simple y de transporte, hasta 15 días.
- 5.4.1.5. Medicamentos y Materiales Descartables, Cobertura Total hasta Gs. 400.000. No forman parte de la cobertura leche maternizada, biberones, chupetes, pañales desechables, faja y otros artículos no considerados materiales descartables clínico/quirúrgicos.
- 5.4.1.6. Derecho a Sala de Partos o Quirófano.

5.4.2. Las complicaciones durante la maternidad (embarazo y/o alumbramiento) serán cubiertas de acuerdo a las condiciones generales de prestación y beneficios en lo que corresponde a Honorarios Médicos, Internaciones, Estudios Diagnóstico y/o cualquier otro servicio contemplado en el Plan con sus coberturas y limitaciones.

5.4.3. Los hijos nacidos bajo la cobertura de ASISMED, deberán ser inscritos durante la primera semana de su nacimiento, a fin de poder conservar igual antigüedad a la de su madre.

5.4.4. La cobertura de maternidad, sólo es extensiva a la cónyuge del Beneficiario Titular o directamente a la Titular del Contrato.

5.4.5. No tendrán cobertura, de conformidad con lo establecido en las limitaciones de cobertura, las prestaciones médicas y sanatoriales relacionadas con tratamientos de esterilidad y/o fertilidad, los estudios diagnósticos realizados para los tratamientos de fertilización asistida, los embarazos consecuentes o producto de tratamiento, el parto normal o por cesárea y el tratamiento de el/los recién nacido/s inclusive en la unidad de cuidados intensivos neonatales.

#### **5.5. URGENCIAS Y/O EMERGENCIAS EN SANATORIO**

5.5.1. Los Sanatorios San Roque, La Costa, Santa Julia y H.U.S.L., disponen las 24 horas de médicos de guardia en las especialidades de:

- 5.5.1.1. Clínica Médica.
- 5.5.1.2. Cirugía General.
- 5.5.1.3. Pediatría y Gineco-obstetricia, exclusivamente en el Sanatorio La Costa y H.U.S.L.

- 5.5.1.4. Servicio de enfermería.
- 5.5.1.5. Laboratorio.
- 5.5.1.6. Radiología.
- 5.5.1.7. Estudios diagnósticos.
- 5.5.2. Las consultas y los procedimientos realizados por el médico de guardia o especialista convocado a solicitud del beneficiario por el médico de guardia, que a continuación se detallan, serán de cobertura total, incluyendo derechos sanitarios de urgencia en el Sanatorio San Roque, La Costa, Santa Julia y H.U.S.L.:
  - 5.5.2.1. Suturas.
  - 5.5.2.2. Curaciones.
  - 5.5.2.3. Drenajes de abscesos, hematomas, etc.
  - 5.5.2.4. Extracción de uña encarnada.
  - 5.5.2.5. Extracción de cuerpo extraño.
  - 5.5.2.6. Enyesados simples. No incluye yeso acrílico.
  - 5.5.2.7. Taponamiento nasal.
- 5.5.3. La cobertura de medicamentos y materiales descartables para procedimientos realizados por el médico de guardia o especialista convocado a solicitud del beneficiario por el médico de guardia será total en los Sanatorios San Roque, La Costa, Santa Julia y H.U.S.L. Otros Sanatorios en convenio hasta Gs. 50.000, por evento.
- 5.5.4. Los estudios diagnósticos derivados de la urgencia, realizadas por prestadores en convenio, serán de cobertura total (según anexos) y no se cobrarán recargos por fuera de horario:
  - 5.5.4.1. Estudios laboratoriales.
  - 5.5.4.2. Radiología simple.
  - 5.5.4.3. Electrocardiograma.
  - 5.5.4.4. Ecografías.
  - 5.5.4.5. Tomografías computarizadas.
- 5.5.5. Procedimientos de enfermería, complementarios a la consulta médica:
  - 5.5.5.1. Nebulizaciones, con medicamentos.
  - 5.5.5.2. Aplicación de inyectables. No incluye antibióticos.
  - 5.5.5.3. Toma de Presión Arterial.
  - 5.5.5.4. Enema evacuador, sin medicamento.
- 5.5.6. Los medicamentos de receta ambulatoria, por indicación del médico tratante e inclusive las emitidas por el médico de guardia o especialista convocado, serán de cargo del beneficiario; sólo se cubrirá el procedimiento.
- 5.5.7. Si el médico de guardia considera necesaria la participación de otros profesionales, se deberá solicitar la concurrencia de profesionales en convenio. No se reconocerán honorarios de médicos que no estén en convenio.
- 5.5.8. El servicio de ambulancias para traslados en Asunción y Gran Asunción, será de Cobertura total, cuando las condiciones del paciente le impidan llegar por sus propios medios al Sanatorio San Roque, La Costa, Santa Julia o H.U.S.L.
  - 5.5.8.1. En aquellos casos de extrema urgencia los Beneficiarios podrán concurrir a los Sanatorios en convenio. Si la urgencia deriva en una internación, se deberá comunicar antes de las 2 horas siguientes al ingreso, con el fin de disponer su eventual traslado a los Sanatorios San Roque, La Costa, Santa Julia o H.U.S.L., si las condiciones lo permiten.
    - 5.5.8.1.1. Horario hábil: 021-288-7000.
    - 5.5.8.1.2. Fuera de horario: 0971-272 111 o al 0981-461 896.
  - 5.5.8.2. Cuando no sea posible el traslado, la cobertura sanatoria será según lo indicado en el punto 5.3, los análisis laboratoriales se deberán solicitar al Laboratorio La Costa (217-1631) y Laboratorio San Roque (248-9000).

**5.6. URGENCIAS, EMERGENCIAS Y CONSULTAS DOMICILIARIAS:**

5.6.1. La atención domiciliaria se realizará a través del servicio en convenio, debiendo presentar el Beneficiario su Tarjeta/Credencial de Identificación en el momento de la atención, e incluye:

- 5.6.1.1. Atención de urgencia y/o emergencias, cobertura total.
- 5.6.1.2. Traslados al Sanatorio derivados de la urgencia y/o emergencia, cobertura total.
- 5.6.1.3. Electrocardiograma a domicilio, cobertura total.
- 5.6.1.4. Medicamentos y descartables utilizados en la urgencia y/o emergencia, cobertura total.
- 5.6.1.5. Consulta médica a domicilio, cobertura total.

5.6.2. Zona de cobertura: Asunción y Gran Asunción.

**5.7. ESTUDIOS DIAGNOSTICOS AMBULATORIOS: Cobertura 100%.**

Todos los estudios deberán ser solicitados por un profesional médico, quien emitirá una orden escrita, consignando los siguientes datos:

- \* Nombre del paciente
- \* Número de beneficiario
- \* Diagnóstico presuntivo
- \* Procedimiento a realizar

**Información del prestador habilitado: excluyente**

- \* Firma y sello del profesional
- \* Fecha de atención

5.7.1. Estudios Laboratoriales: Laboratorio San Roque y Laboratorio La Costa las 24 horas, Laboratorio San Roque Villa Morra, Laboratorio La Costa Lynch, Laboratorio Santa Julia (lunes a viernes 06:30 a 19:00, sábados 06:30 a 14:00)

5.7.1.1. No requiere visación de la orden expedida por el médico tratante para acceder a la cobertura.

5.7.1.2. El servicio incluye atención de urgencias 24 horas y toma de muestras en domicilio, sin recargo a través del Laboratorio La Costa (217-1631) y Laboratorio San Roque (248-9000). Se adjunta detalle de los estudios cubiertos, ver anexo I.

5.7.1.3. Otros laboratorios en convenio: previa visación y emisión de la cobertura de la orden médica.

5.7.2. Radiología simple, Centro Diagnóstico La Costa, y San Roque atención 24 horas, Centro Médico Santa Julia y La Costa Lynch.

5.7.2.1. Las órdenes emitidas por el médico tratante para estos estudios no necesitan visación previa. Se adjunta detalle de los estudios cubiertos, ver anexo II.

5.7.2.2. Traslados de equipos en internación en los Sanatorios San Roque, La Costa y Santa Julia, cobertura total.

5.7.2.3. Otros centros en convenio: previa visación y emisión de la cobertura de la orden médica.

5.7.3. Estudios de videoendoscopia: Centro Diagnóstico la Costa, incluye uso de sala de procedimientos, uso de equipo e internación en caso necesario. Ver anexo III.

5.7.3.1. Centro Diagnóstico San Roque, previa visación y emisión de la cobertura de la orden médica.

5.7.4. Estudios Diagnósticos Especializados: Centro Diagnóstico La Costa, se adjunta detalle de Estudios con Cobertura Total, ver anexo III.

5.7.4.1. Centro Diagnóstico San Roque y otros centros en convenio: Las órdenes emitidas por el médico tratante deberán ser visadas previamente en las oficinas de la Empresa o vía fax (288-7000).

5.7.4.2. Se exceptúan del trámite de visación previa los electrocardiogramas realizados por Clínicos y/o Cardiólogos que figuren en la Agenda de Profesionales en convenio con la Empresa.

5.7.4.3. Resonancia Magnética Nuclear cobertura hasta 1 estudio por grupo familiar por año.

5.7.5. Ecografías Medicina Interna: Centro Diagnóstico La Costa, se adjunta detalle de Estudios, ver anexo IV.

5.7.5.1. Centro Diagnóstico San Roque y otros centros en convenio: Las órdenes emitidas por el médico tratante, deberán ser visadas previamente en las oficinas de la Empresa o vía fax (288-7000).

5.7.6. Estudios Obstétricos y Salud Fetal: Centro Diagnóstico La Costa. Se adjunta detalle de los estudios cubiertos. Ver anexo III y IV.

5.7.6.1. Otros centros en convenio, previa visación.

5.7.7. Honorarios de Anestesiólogo en estudios diagnósticos, a solicitud escrita del médico tratante, cobertura total.

**5.8. TRATAMIENTOS DE FISIOTERAPIA:** Cobertura hasta 20 sesiones beneficio/año de contrato.

Todos los estudios deberán ser solicitados por un profesional médico, quien emitirá una orden escrita, consignando los siguientes datos

- \* Nombre del paciente.
- \* Número de beneficiario.
- \* Diagnóstico.
- \* Tratamiento a realizar y cantidad de sesiones.

**Información del prestador habilitado: excluyente**

- \* Firma y sello del profesional.
- \* Fecha de atención.

5.8.1. La Cobertura, para tratamientos ambulatorios por lesiones traumáticas con prestadores en convenio, son los siguientes:

5.8.1.1. Ondas cortas, magnetoterapia, láser.

5.8.1.2. Ultrasonido, Infrarrojo, Tracción cervical.

5.8.2. Las órdenes emitidas por el médico tratante deberán ser visadas previamente.

## 5.9. ARANCEL DIFERENCIADO

5.9.1. 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/paciente en su totalidad.

5.9.1.1. Análisis de Laboratorio Especializados, no incluidos en el anexo I.

5.9.1.2. Estudios Diagnósticos Especializados, no considerados en el anexo III y anexo IV.

5.9.1.3. Alergia: Test para Inhalantes, Test para Alergenos, Test para Medicamentos, Test de Contacto.

5.9.1.4. Procedimientos Terapéuticos por Videoscopia, no contemplados en detalle.

5.9.1.5. Neurología: Procedimientos terapéuticos.

5.9.1.6. Oftalmología: Cirugías láser y cirugías de retina y vítreo.

5.9.1.7. Otorrinolaringología: Cirugías láser, cirugías videoendoscópicas.

5.9.1.8. Anatomía Patológica: Biopsias extemporáneas, Inmunohistoquímica, Patologías moleculares, Estudios histoanatomopatológicos.

5.9.1.9. Urología: Litotripsia, Uretrorenoscopia, cirugías videoendoscópicas.

5.9.1.10. Medicina Nuclear: Centellografías no incluidas en la cobertura total, Spect.

5.9.1.11. Estudios y procedimientos intervencionistas: Estudios Vasculares Invasivos, Radiología Intervencionista.

5.9.1.12. Hematología: Perfiles hematológicos.

5.9.1.13. Hemoterapia: Sangría terapéutica.

5.9.1.14. Cobalto Terapia.

5.9.1.15. Radioterapia.

5.9.1.16. Quimioterapia.

5.9.1.17. Braquiterapia.

5.9.1.18. Rayos Láser.

5.9.1.19. Electrofisiología.

- 5.9.1.20. Neurorradiología.
- 5.9.1.21. Esclerosis de Várices.
- 5.9.1.22. Estudios Diagnósticos y Tratamientos con Cobertura total que excedan los topes estipulados.
- 5.9.1.23. Enfermedades neoplásicas, después del primer acto quirúrgico.
- 5.9.1.24. Tratamientos de Fisioterapia en Sanatorio, consultorio y/o domicilio. Fisioterapia por Ondas de Choque.
- 5.9.1.25. Honorarios médicos en internaciones clínicas y/o quirúrgicas en las especialidades de Neurocirugía, Vascular Periférica, Cardiovascular, Diabetología, Endocrinología, Oncología, Maxilo-Facial, Cirugía Torácica, Psiquiatría, Toxicología, Fisiatría, Reumatología, Nefrología en terapias de sustitución renal.
- 5.9.1.26. Honorarios médicos en enfermedades pre-existentes, crónicas, genéticas, congénitas y/o malformaciones, a la firma del Contrato.
- 5.9.1.27. Honorarios médicos, Estudios Laboratoriales y Radiológicos, y todo lo relacionado a la internación que exceda los 30 días.
- 5.9.1.28. Honorarios Médicos, Estudios Laboratoriales y Radiológicos, y todo lo relacionado a la internación en la Unidad de Terapia Intensiva e Intermedia, con el detalle estipulado en la Cobertura, cuando ésta exceda los 15 días por año de Contrato por Beneficiario.
- 5.9.1.29. Foniatría.
- 5.9.1.30. Fonoaudiología.
- 5.9.1.31. Psicología.
- 5.9.1.32. Todos los servicios relacionados y/o derivados de Trasplantes, Implantes, Explantos, Injertos
- 5.9.1.33. Honorarios Médicos por microcirugías, plastias.
- 5.9.1.34. Honorarios Médicos en la especialidad de Psiquiatría, después de la tercera consulta en consultorio.
- 5.9.1.35. Honorarios Médicos, gastos sanatoriales, estudios diagnósticos, servicios relacionados y derivados de tratamientos de Obesidad Mórbida incluyendo cirugía bariátrica, con prestadores en convenio.
- 5.9.1.36. Honorarios médicos, gastos sanatoriales y estudios diagnósticos antes de cumplidos los períodos de carencia.
- 5.9.1.37. Patologías asociadas al recién nacido pre-término.
- 5.9.1.38. Procedimientos y Cirugías Maxilo-facial.
- 5.9.1.39. Honorarios y gastos relacionados a tratamientos, procedimientos y cirugías con fines paliativos.
- 5.9.1.40. Honorarios profesionales por soporte nutricional especializado (enteral o parenteral).
- 5.9.1.41. Fórmulas y/o preparados nutricionales (nutrientes).
- 5.9.1.42. Gastos derivados de Cirugías, Procedimientos y Estudios no contemplados en las Condiciones Generales de Prestación y Beneficios.

## 6. DE LAS LIMITACIONES EN LA COBERTURA

6.1. Quedan excluidos de Cobertura del Plan Contratado lo siguiente:

6.1.1. Honorarios Médicos, estudios diagnósticos, gastos de internación por los siguientes eventos:

- 6.1.1.1. Prestaciones médicas y/o sanatoriales de cualquier tipo derivadas de los efectos del consumo de alcohol, somníferos, abuso de drogas ilegales y/o medicamentos sin indicación médica, al igual que otras sustancias tóxicas. El beneficiario deberá además someterse al Test de Alcoholemia y/o dosaje de drogas según criterio médico.
- 6.1.1.2. Intento de suicidio y sus secuelas.
- 6.1.1.3. Lesiones en accidentes de tránsito en transgresión de las leyes vigentes.
- 6.1.1.4. Tratamientos originados por lesiones o enfermedades producidas por epidemias oficialmente declaradas (por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social) y fenómenos de la naturaleza que sean declarados catástrofe nacional, actos de guerra, desórdenes populares, actos o atentados terroristas

- de cualquier naturaleza, riñas, aborto provocado ilegalmente y lesiones causadas por el beneficiario deliberadamente a sí mismo.
- 6.1.1.5. Pacientes con Serología positiva para H.I.V., Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), enfermedades infecto-contagiosas (E.T.S.) incluyendo todo gasto que ocasione el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad.
- 6.1.1.6. Cirugías estéticas o de embellecimiento, dermoestética y cosmiatría.
- 6.1.1.7. 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, como por ejemplo: Ecografías obstétricas y/o transvaginales, Perfil Biofísico, Monitoreo Fetal, Monitoreos ovulatorios, etc., así como el tratamientos de el/los recién nacido/s incluso en la unidad de cuidados intensivos neonatales.
- 6.1.1.8. Enfermedades preexistentes incluyendo las neoplasias y/o estado de gravidez a la firma de este Contrato.
- 6.1.1.9. Quemaduras cuando excedan el 25% de la superficie corporal.
- 6.1.1.10. Materiales/insumos descartables y/o medicamentos no considerados en la cobertura incluyendo los utilizados en procedimientos ambulatorios, y/o que excedan los toques consignados en las Condiciones Generales de Prestación y Beneficios del Plan contratado; contrastes, plasma, sangre, isótopos radioactivos, oxígeno, órtesis, prótesis, gases anestésicos, marcapasos, gafas, lentes intraoculares, biomateriales, prótesis, endoprótesis, implantes, sustancias viscoelásticas, resincronizadores, mallas, materiales radiactivos, materiales de osteosíntesis, Stent, Coils, bizcoat y/o similares, uso de instrumental y materiales específicos de cada especialidad, materiales de transfusión.
- 6.1.1.11. Medicamentos de uso y/o consumo habitual, los de indicación ambulatoria y aquellos no relacionados al diagnóstico que motiva la internación.
- 6.1.1.12. Servicios que debido a su extrema urgencia sean utilizados por los beneficiarios (internación de beneficiarios en centros hospitalarios que no tengan celebrado convenio con la Empresa) y no sean comunicados a la Empresa para su eventual traslado, dentro de las 24 horas siguientes al ingreso.
- 6.1.1.13. Honorarios Médicos por procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos, estudios, tratamientos y todo gasto relacionado a complicaciones de cirugías y/o procedimientos no cubiertos o que hayan sido realizados por profesionales o en Centros sin convenio vigentes con Asismed S.A.
- 6.1.2. No serán cubiertos por la Empresa todos aquellos tratamientos, prácticas o cirugías enunciadas a continuación:
- 6.1.2.1. Que se encuentren en estado experimental.
- 6.1.2.2. Que no sean avalados científicamente.
- 6.1.2.3. Que se opongan a normas legales vigentes.
- 6.1.2.4. Lesiones sufridas como consecuencia de la participación en competencias o demostraciones de pericia y/o velocidad de cualquier índole, que debidamente sean probados que fueron ocasionadas en estas circunstancias.
- 6.1.2.5. Etilismo.
- 6.1.2.6. Curas de adelgazamiento, reposo, rejuvenecimiento o similares. Celuloterapia, hidroterapia, acupuntura, digitopuntura o similar. Medicinas alternativas.
- 6.1.2.7. Maternidad para quien no sea titular o cónyuge del titular.
- 6.1.2.8. Internación Psiquiátrica o Psicológica, Psicocirugías o cirugías psiquiátricas. Psicoterapia, Psicoanálisis.
- 6.1.2.9. Procedimientos y cirugías percutáneas.
- 6.1.2.10. Habitación que pudiera ser utilizada por los familiares mientras el paciente se encuentre internado en la Unidad de Terapia Intensiva y gastos de acompañante en general.
- 6.1.2.11. Todo lo que no esté debidamente expresado en el Contrato y sus anexos.

## 7. FINALIZACION DE LA COBERTURA

7.1. 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:

7.1.1. Para determinar pacientes con muerte cerebral se aplicará el protocolo de muerte cerebral establecido por el INAT.

7.1.1.1. La muerte cerebral o encefálica es un estado en donde hay una pérdida total e irreversible de las funciones cerebrales (conciencia + funciones vegetativas).

7.1.2. Pacientes en estado de coma y/o estado vegetativo persistente, cuya condición supere las 4 semanas sin lograr recuperación total de conciencia:

7.1.2.1. 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.

7.1.2.2. El coma es un estado grave de pérdida de conciencia, constituye un síndrome y una expresión de un fuerte trastorno de las funciones cerebrales.

7.1.3. En estos casos quedará a cargo de familiares y/o responsables del paciente el traslado del mismo a otro centro asistencial o asumir todos los gastos médicos sanatoriales que represente mantenerlo internado en el Sanatorio en estas condiciones.



SERVICIOS BÁSICOS GENERALES	COBERTURA	OBSERVACIONES
Asismed S.A.	288 7000	Informaciones, Administración y Call Médico
Drugstore (Delivery y Farmacia)	288 7900	Informaciones y Delivery
Centro Médico LA COSTA - ARTIGAS	217 1717	Reserva de turnos Consultorios y Estudios de Diagnóstico
Centro Médico LA COSTA LYNCH		Reserva de turnos Consultorios y Estudios de Diagnóstico
Centro Médico SANTA JULIA		Reserva de turnos Consultorios y Estudios de Diagnóstico
Centro Médico SAN ROQUE		Reserva de turnos Consultorios
Centro de Diagnóstico SAN ROQUE	248 9500	Reserva de turnos para Estudios de Diagnóstico
Sanatorio LA COSTA	217 1000	Urgencias e internaciones
REVITA Centro Oncológico	217 1580	Reserva de turnos
Sanatorio SANTA JULIA	236 5000	Urgencias e internaciones
Sanatorio SAN ROQUE	248 9000	Urgencias e internaciones
Laboratorio SAN ROQUE CENTRO	248 9900	Informes y pedidos de extracción a domicilio
Laboratorio SAN ROQUE VILLAMORRA	248 9920	Informaciones
Hospital UNIVERSITARIO SAN LORENZO	598 2000	Urgencias e internaciones
SASA - Asunción y Gran Asunción	561 000	Urgencias, emergencias, traslados



**ANEXOS**

**PLAN | MEDICAL  
PLUS**

**ANEXO I: ESTUDIOS LABORATORIALES**  
**Cobertura Total**
**RUTINA**

Acido Urico	Glicemia (o)	Tipificación
Acido Urico (o)	Hemograma c/eritrosediment.	Triglicéridos
Colesterol Total	Orina	Urea
Creatinina	Recuento Glóbulos Blancos	Urea (o)
Creatinina (o)	Recuento Glóbulos Rojos	
Glicemia		

**ESPECIALIZADOS**

Acido Acetil Salicílico	Beta HCG Cuantitativo (1/año)	Coloración de Ziehl-Neelsen
Acido Fenilpirúvico	Bicarbonato actual	Coobs indirecto cuantitativo
Acido Fólico	Bilirrubina Directa	Coombs Directo
Acido Láctico	Bilirrubina Indirecta	Coombs Indirecto
Acido Valproico	Bilirrubina Total	Coprocultivo
Acido Vanil Mandélico	Bilis, cultivo y ATB	Coprofuncional
ACTH	C.E.A.	Coproporfirinas
Aglutininas Anti A	C3	Cortisol (1/año)
Aglutininas Anti B	C4	Cortisol AM (1/año)
Albúmina	Calcio	Cortisol PM (1/año)
Aldolasa	Calcio (o)	Cortisol Urinario (1/año)
Alfa 1 antitripsina	Calcio Iónico	Crioaglutininas
Alfafetoproteína (AFP)	Calcitonina	Crioglobulinas
Amilasa	Cálculo Urinario	Criptococos
Amilasa (o)	Campylobacter, cultivo y ATB	Cuerpos Cetónicos
Amonio	Células L.E.	Cultivo
ANA (Antic. Antinucleares)	Cetonemia	Cultivo de punta de catéter
Ant. Anticomegalovirus IgG	Cetonuria	Cultivo p/ Gérmenes Comunes
Ant. Anticomegalovirus IgM	Chagas Ac IgM	Cultivo para Aerobiosis
Ant. Antitoxoplasma IgG	Chagas-Ac IgG	Cultivo para Anaerobiosis
Ant. Antitoxoplasma IgM	Chlamydias Ac	Cultivo para BAAR
Anti Core IgG HBC – ac(1/año)	Chlamydias orina	Cultivo para Campylobacter
Anti Core IgM HBC – ac(1/año)	Chlamydias sec conjuntival	Cultivo para Hongos
Anti Trypanosoma IgG	Chlamydias sec genital	Cultivo para Hongos de biopsia
Anti Trypanosoma IgM	Citomegalovirus col Giemsa	Curva de Glicemia (embarazo)
Antic. Anti DNA	CK – MB	Curva de Glicemia 3 horas
Antic. Anti HIV	CK Total	Curva de Glicemia 4 horas
Antic. Anti Rubeola IgG	Clearance de Creatinina	Curva de Glicemia 5 horas
Antic. Anti Rubeola IgM	Clearance de Urea	Dehidrostestosterona
Antic. Antimúsculo liso	Cloruros	Detección de cristales
Antic. Antitrioglobulinas	Cloruros (o)	DHEA sulfato (DHEA-SO4)
Antic. Antitiroideos	Cloruros L.C.R.	Electroforesis de Hemoglobina
Anticardiolipina IgM (1/año)	CMV IgG	Electroforesis de Lipoproteínas
Anticardiolipina IgG (1/año)	CMV IgM	Electroforesis de Proteínas
Antíg. Carcino Embrionario CEA	Coagulograma	Electroforesis de Proteínas LCR
Antígenos Febriles	Cobre	Electrolitos (NA, CL, K)
Artritest (Factor Reumatoideo)	Colinesterasa	Electrolitos (o)
Aspecto del Suero	Coloración con Tinta China	Enzimas Cardiacas
Asto	Coloración de Giemsa	Eritrosedimentación
Azúcares Reductores	Coloración de Gram	Esperma, Cultivo y ATB

Espermograma  
Espudo, coloración de Ziehl  
Espudo, Cultivo p/ Gérmenes Comunes  
Espudo, Cultivo p/Eosinófilos-Mastocitos  
Espudo, Cultivo para BAAR  
Espudo, Cultivo y ATB  
Espudo, frotis  
Estudio capilar invest. Hongos  
Examen en Fresco  
Factor Reumatoideo (Artrítis)  
Fenil Cetonuria  
Fenil Hidantoína  
Ferritina  
Fibrinogeno  
Fibrinolisis  
Fórmula Leucocitaria  
Fosfatasa Acida Total  
Fosfatasa Alcalina  
Fosfatidilglicerol en Líquido Amniótico  
Fosfolípidos  
Fósforo  
Fósforo (o)  
Fragilidad de los Hematíes  
Frotis de Sangre Periférica  
Fructosamina  
FT3 (T3 Libre)  
FT4 (T4 libre)  
FTA-ABS en L.C.R. (1/año)  
FTA-ABS IgG (1/año)  
FTA-ABS IgM (1/año)  
FTI (1/año)  
G.O.T.  
G.P.T.  
Gamma GT  
Gamma Globulina  
Gases Arteriales  
Gasometría Venosa  
Glicemia Pre y Post – Prandial  
Globulina  
Gravindex  
Guayaco  
HAV IgG  
HAV IgM  
HBA 1 C (Hemoglobina Glicosilada)  
HBE – Ac  
HBS – Ac  
HBS – Ag (Antígeno de Superficie)  
HCG Cualitativo  
HCG Cuantitativo (1/año)

HCV – Hepatitis C (1/año)  
HDL Colesterol  
Heces Benedict  
Heces Frotis  
Heces, Ex. Parasitología Seriado  
Heces, Examen Parasitológico  
Heces, Flora Microbiana  
Heces, Hongos  
Heces, Microscopía Funcional  
Hematocrito  
Hematrocrito c/muestra  
Hemocultivo en Aerobiosis  
Hemocultivo en Anaerobiosis  
Hemoglobina  
Hemoparásitos (gota gruesa)  
Hemoparásitos, observ. directa  
Hepatitis C (1/año)  
Herpes – Ac  
Herpes en Sec. Genital  
HEV – Ac (1/año)  
Hidatidosis  
Hierro % saturación  
Hierro Sérico  
Hongos, Cultivo e Identificación  
Hongos, Examen en Fresco  
Identificación de Parásitos  
IGA (1/año)  
IGA Secretoria (1/año)  
IGD (1/año)  
IGE Total (1/año)  
IGG  
IGM  
Indices de Riesgo  
L.C.R., Citoquímico  
L.C.R., Cultivo para BAAR  
L.C.R., Cultivo para Hongos  
L.C.R., Cultivo y ATB  
Latex en líquido pleural  
Látex en Líquidos biológicos  
Latex en líquidos biológicos  
Latex en orina  
Latex p/aspergillus antígeno  
Latex p/cándida antígeno  
Latex p/cryptococcus antíg.  
Latex p/streptococcus Grupo A  
Latex p/streptococcus Grupo B  
Lavado Broncoalveolar cultivo  
Lavado Broncoalveolar p/BAAR  
Lavado Broncoalveolar p/Hongos  
Lavado Gástrico Parásitos  
LDL Colesterol  
Legionella Pneumófila  
Lesión de Piel, Cult. p/Hongos

Lesión de Piel, Hongos ex direc.  
Lesión de uñas, cultivo p/hongos  
Lesión Genital, Campo oscuro  
Lesión Genital, Col. de Fontana  
Lesión Genital, Colorac de Gram  
Linfa Cutánea, color. De Ziehl  
Lipasa  
Lípidos Totales  
Líquido (otros), Citoquímico  
Líquido Amniótico, Cult. y ATB  
Líquido Articular, Citoquímico  
Líquido Articular, Cristales  
Líquido Articular, Cultivo y ATB  
Líquido Ascítico, Anaerobios.  
Líquido Ascítico, Cult.p/hongos  
Líquido Ascítico, Cultivo y ATB  
Líquido Duodenal  
Líquido Gástrico, Cultivo y ATB  
Líquido Gastroduodenal, Parásitos  
Líquido Peritoneal, cultivo y ATB  
Líquido Pleural, Citoquímico  
Líquido Pleural, Cultivo y ATB  
Líquido Pleural, Hongos  
Litio  
Magnesio  
Magnesio (o)  
Magnesio Eritrocitario  
Microalbuminuria  
Mielocultivo  
Monotest  
Mucoproteínas  
Mycoplasma, cultivo e identif.  
Orina sedimento  
Orina, cultivo  
Oxiurus  
P.C.R. (Proteína Creativa)  
P.C.R. Cuantitativa  
P.D.F.  
P.P.D.  
PAP (Fosfatasa Acida prostática)  
PAS- Antíg. Prostático Específico  
Perfil de Coagulación-Coagulograma  
Perfil Hepático- Hepatograma  
Perfil Lipídico – Lipidograma  
Ph  
Plaquetas  
Plasma Seminal, Bioquímica  
Pneumocystis Caninii  
Porfobilinógeno  
Potasio  
Potasio (o)  
Proteínas de Bence Jones

Proteínas Totales	Secreción Ótica, Cultivo y ATB	Test del Sudor
Proteínas Totales (o)	Secreción Prostática, Frotis	Tiempo de Coagulación
Proteínas Totales A/G	Secreción Purulenta, Cul. y ATB	Tiempo de Protrombina (TP)
Prueba de Lazo	Secreción Traqueal, Cult. Y ATB	Tiempo de Recalcificación
Raspado de lengua, Hongos	Secreción Uretral, Cultivo y ATB	Tiempo de Sangría
Reacción de Hudleson	Secreción Uretral, Frotis	Timol
Reacción de Paul Bunnel	Secreción vaginal, Cult. Y ATB	Tine Test
Reacción de Waaler Rose	Secreción Vaginal, Fresco y Gram	Tiroglobulina
Reacción de Widal	Secreción Vaginal, Frotis	Toxina A p/Clostridium Difficile
Recuento de Addis	Secreción Vaginal, Ph	Transferrina
Recuento de Hamburguer	Secrec. Vulvo vaginal, Cult. y ATB	Troponina (1/año)
Reticulocitos	Sodio	TSH
Retracción del Coágulo	Sodio (o)	Ulcera genital, Cultivo y ATB
Rotavirus	Streptococcus Grupo A	Ureplasma
Sangre Oculta o Guayaco	Streptococcus Grupo B	Urobilina
Secreción Bucal, Cultivo	Sustancias Reductoras	Urobilinógeno
Secreción Conjuntival, Cult. y ATB	T.T.P.A	VDRL Cualitativo
Secrec. Endocervical, Cult. y ATB	T3	VDRL Cuantitativo
Secreción Faringea, Cult. y ATB	T3 Uptake	VDRL en L.C.R.
Secreción Faringea, Frotis	T4	Víricitos
Secreción Nasal, Citología	Test de Absorción Xilosa	VLDL Colesterol
Secreción Nasal, Cultivo y ATB	Test de O'Sullivan	

**ANEXO II: RADIOLOGÍA SIMPLE, todos las posiciones**  
**Cobertura Total**

Abdomen simple	Cráneo	Pelvis
Antebrazo	Cráneo para Ortodoncia	Pie
Apéndice	Dedo	Pierna
Arbol Urinario simple	Dental	Rodilla
Brazo	Dental oclusal	Sacro-coxis
Cadera	Embarazo	Sacroiliacas
Cara	Fémur	Scopía arco en C
Cavum	Hombro	Scopía con TV
Clavícula	Húmero	Senos faciales
Codo	Mano	Tobillo
Columna Cervical	Mastoides	Tórax
Columna Dorsal	Maxilar	Vesícula simple
Columna Lumbar	Muñeca	Control radiológico maniobras
Columna Panorámica	Muslo	Traumatológicas
Costilla	Orbita	

**ANEXO III: ESTUDIOS DIAGNÓSTICOS ESPECIALIZADOS**  
**Cobertura Total**

Honorarios anestesiólogo a solicitud escrita del médico tratante: Cobertura Total

Uso de sala y equipos en el Centro Diagnóstico La Costa Artigas y Lynch, Centro Médico Santa Julia y Centro Diagnóstico San Roque: Cobertura total

Medicamentos, contrastes y descartables, cargo paciente.

Anoscopia	Galactografía s/placa simple 1 lado	RMN de Cara
Audiometría	Histerosalpingografía	RMN de Mediastino
Broncoscopia	Holter 24 horas	RMN de Muñeca
Broncofibroscopia	Impedanciometría	RMN de Oído
Broncografía	Intestino Delgado	RMN de Orbita
Campo Visual	Laringofibroscopia	RMN de Partes Blandas
Cavum Contrastado	Laringografía contrastada	RMN de Pie
Cistoscopia	Laringoscopia	RMN de Muslo
Cistografía	Linfografía 2 lados	RMN de Pierna
Colangiografía Endovenosa	Linfografía cada lado	RMN de Senos Paranasales
Colangiografía Operatoria	Logoaudiometría	RMN de Hipófisis
Colangiografía Post-operatoria	Mamografía unilateral	RMN de Cuello
Colangiografía Retrógrada simple	Mamografía bilateral	Rinomanometría simple
Colecistografía Oral	Monitoreo Fetal	Senos faciales contrastados
Colon Contrastado	Otomicroscopia	Sialografía Bilateral
Colon Doble Contraste	Ortopantomografía	T.A.C. (Tomografía Axial Computarizada):
Colon por Ingestión	Papanicolau	T.A.C. de Abdomen Inferior
Colonoscopia	Perfil Biofísico fetal	T.A.C. de Abdomen Superior
Colposcopia	Pielografía Ascendente	T.A.C. de Columna Cervical
Curva Tensional	Pielografía Endovenosa o Riñón contrastado	T.A.C. de Columna Dorsal
Densitometría Osea	Punción biopsica y/o evacuadora	T.A.C. de Columna Lumbar
Dental Semiseriada	Rectosigmoidoscopia	T.A.C. de Cráneo
Dental Seriada	Resonancia Nuclear Magnética (1 x G.F/año): exclusivamente en el Centro Médico La Costa	T.A.C. de Órbitas
Doppler Vascular Periférico	RMN de Cráneo	T.A.C. de Miembros
Ecobiometría	RMN de Rodilla	T.A.C. de Pelvis
Ecocardiograma c/Doppler B-D	RMN de Columna Cervical	T.A.C. de Pequeñas Partes
Electrocardiograma	RMN de Columna Dorsal	T.A.C. de Senos Paranasales
Electroencefalograma	RMN de Columna Lumbar	T.A.C. de Cara
Endoscopia Digestiva Alta	RMN de Abdomen Superior	T.A.C. de Oído
Endoscopia Nasal	RMN de Abdomen Inferior	T.A.C. de ATM
Ergometría	RMN de Hombro	T.A.C. de Tórax
Esófago, Estómago y Duodeno	RMN de Cadera	T.A.C. Helicoidal
Espirometría	RMN de Pelvis	T.A.C. para punción
Espinografía	RMN de Tobillo	Test Ortóptico
Fistulografía	RMN de Codo	Ejercicios ortópticos hasta 10 ses/benef./año.
Flebografía	RMN de Brazo	Timpanometría
Galactografía bilateral sin placa simple	RMN de Encéfalo	Uretrocistografía
Galactografía bilateral previa mamografía		Urograma de Excreción
Galactografía c/lado con previa		

Procedimientos terapéuticos de Gastroenterología: Cobertura Total

Esclerosis de lesiones sangrantes del tubo digestivo

Colangiopancreatografía Retrógrada Endoscópica

Extracción de cuerpos extraños tubo digestivo

**ANEXO IV: ECOGRAFÍAS**  
Cobertura Total

Ecografía Abdominal	Ecografía Ginecológica
Ecografía de Bazo	Ecografía Obstétrica
Ecografía de Hígado, Vías Biliares y Vesícula.	Ecografía Ocular
Ecografía de Mamas	Ecografía Pancreática
Ecografía de Pelvis	Ecografía Pediátrica
Ecografía de Píloro	Ecografía Prostática
Ecografía de Tiroides	Ecografía Renal
Ecografía de Tórax	Ecografía Testicular
Ecografía de Caderas	
Ecografía Transvaginal	

**ANEXO V: FISIOTERAPIA AMBULATORIA TRAUMÁTICA**  
Cobertura Total : 20 sesiones/benef/año/Cto.

Fomentaciones  
Infrarrojo  
Ondas cortas  
Tracción cervical  
Ultrasonido

# FÁCIL Y SIMPLE

Reserva de turnos  
Resultados de estudios  
Historial médico  
Visaciones  
Compras del Drugstore  
Historial de facturas y más

## ESCANEÁ Y DESCARGÁ



APP ASISMED





**Contamos con profesionales de diversas especialidades para la atención ambulatoria**

**Especialidades Médicas**

- Cardiología
- Cirugía general
- Clínica médica
- Coloproctología
- Dermoestética
- Diabetología
- Endocrinología - ginecológica
- Flebología
- Gastroenterología
- Geriátría
- Ginecología
- Mastología
- Neumología pediátrica
- Neumología
- Nutrición
- Oftalmología
- Otorrinolaringología
- Pediatría
- Proctología
- Psicología
- Reumatología
- Traumatología
- Urología

*\*Además se cuenta con consultorios de demanda espontánea (Atención por orden de llegada)*

**Servicios**

- Laboratorio de Análisis Clínicos
- Servicio de Cardiología
- Servicio de Chequeo Médico
- Servicio de Ecografías
- Servicio de Fisioterapia
- Servicio de Neumología
- Servicio de Oftalmología
- Servicio de Audiología
- Servicio de Radiología
- Servicio de Salud Fetal y de la Mujer
- Servicio de Tomografía

- ✓ Amplios espacios de espera
- ✓ Espacios preferenciales para el adulto mayor
- ✓ Ascensor para planta alta
- ✓ Estacionamiento propio
- ✓ Disponibilidad de acceso al centro médico en 360°



Reserva de Turno:  
**(021) 217-1717**

Av. Madame Lynch esq. Víctor Heyn  
 A 100 m de la Av. Mcal. López

**Horarios de Atención**

Lunes a Viernes  
 07:00 a 21:00 hrs.

Sábados  
 07:00 a 13:00 hrs.



DELIVERY 2887900

## DESCUENTOS PREFERENCIALES

# todos los días para beneficiarios de Asismed

### Medicamentos nacionales

con principio activo nacional y  
fabricado en el país

Compras en efectivo  
con cheque y  
tarjeta de débito

Compras con  
tarjeta de crédito

**35%**

**32%**

### Medicamentos importados

medicamentos controlados,  
medicamentos con principio activos importados

Compras en efectivo  
con cheque y  
tarjeta de débito

Compras con  
tarjeta de crédito

**20%**

**17%**

### Otras secciones

(perfumería, cosméticos, regalos, etc)

Compras en efectivo  
con cheque y  
tarjeta de débito

Compras con  
tarjeta de crédito

**20%**

**17%**



**Avda. Mcal. López**

Lunes a sábado  
06:30 a 23:00hs  
Domingos y feriados  
09:00 a 23:00hs



**Avda. España**

Lunes a sábado  
06:30 a 23:00hs  
Domingos y feriados  
09:00 a 23:00hs



**Avda. Artigas**

Lunes a sábado  
06:30 a 23:00hs  
Domingos y feriados  
09:00 a 23:00hs



**Tte. Insaurralde  
y Diego de Silva**

Lunes a sábado  
06:30 a 22:00hs  
Domingos y feriados  
09:00 a 22:00hs



**Av. Madame Lynch  
esq. Victor Héyn**

Lunes a sábado  
06:30 a 23:00hs  
Domingos y feriados  
09:00 a 23:00hs

**DRUGSTORE  
ASISMED**

**DELIVERY**  
GRATIS A PARTIR DE \$4.000  
delivery@asismed.com.py

☎ 288 7900  
☎ 0976 288 790



Compras a través de la  
APP Asismed



Edificio Corporativo Asimed



Asimed Oficina Mcal. López



Drugstore Asimed Santa Julia



Drugstore Asimed Mcal. López



Drugstore Asimed La Costa



Drugstore Asimed Bahia



Drugstore Asimed La Torre



Drugstore La Costa Lynch



Sanatorio San Roque



Sanatorio La Costa



Sanatorio Santa Julia



Hospital Universitario San Lorenzo



Centro Médico La Costa Lynch



Laboratorio San Roque Villa Morra



Laboratorio San Roque Centro



Centro Oncológico Revita



ASISMED EDIFICIO CORPORATIVO  
Diego de Silva y Velázquez y Tte. Insaurralde  
Tel.: 288-7000  
Whatsapp Corporativo +595 21 288 7000  
www.asimed.com.py  
asimed@asimed.com.py

Descargue la APP Asimed:



Descargando la nueva Aplicación Asimed Móvil a su teléfono celular puede acceder a esta GUÍA MÉDICA y consultar de nuestros servicios desde donde se encuentre.