

Material de consulta del beneficiario



Medicina Prepaga



SANTA BARBARA

PLAN

EJECUTIVO



Hospital Sirio Libanés

ANEXO DE COBERTURAS

Capítulo I

SIME S.A., a través de **SANTA BARBARA Medicina pre Paga**, brindará el siguiente Plan de Servicios elegido por el asociado: **CLAUSULA 1°**.: El Asociado opta por el **Plan EJECUTIVO**, con No.....cuyas coberturas, exclusiones y plazos de antigüedad están especificados en el cuerpo del presente anexo que forma parte del contrato.

CLAUSULA 2°.: Las coberturas ofrecidas por el contrato son personales y anuales y algunas tienen la modalidad de Grupo Familiar (GF). No se aceptarán transferencias de derecho de una persona a otra. Así mismo no podrán transferirse los derechos de cobertura no utilizados de un contrato a otro (no acumulables) y la falta de utilización de los servicios no genera beneficios adicionales.

Capítulo II

Prestaciones de servicios.

A CONSULTAS AMBULATORIAS

Las mismas serán realizadas en los lugares habilitados e indicados por **LA CONTRATADA** en los horarios y condiciones establecidos. **LA CONTRATADA** podrá establecer un sistema especial para la prestación de los servicios, en cuyo caso se deberá entregar el mismo al prestador médico.

Para su atención, aparte de haber solicitado el turno correspondiente si así estuviese indicado, deberá acudir con su credencial habilitante como asociado y su correspondiente documento de identidad, así como los eventuales agregados para acceder a la cobertura (ticket). Las especialidades cubiertas así como sus condiciones de prestación son las siguientes:

ESPECIALIDAD	CANTIDAD	CONDICIÓN	VIGENCIA
Alergia	(*)(*)	No incluye test alérgico	Inmediata
Cardiología	(*)(*)		Inmediata
Clínica Médica	Sin Límite		Inmediata
Coloproctología	(*)(*)		Inmediata
Cirugía General	(*)(*)		Inmediata
Cirugía Infantil	(*)(*)		Inmediata
Dermatología	(*)(*)		Inmediata
Diabetología	(*)(*)		Inmediata
Endocrinología	(*)(*)		Inmediata
Fonoaudiología	(*)(*)		Inmediata
Gastroenterología	(*)(*)		Inmediata
Geriatría	(*)(*)		Inmediata
Ginecología	(*)(*)		Inmediata
Infectología	(*)(*)		Inmediata
Mastología	(*)(*)		Inmediata
Nefrología	(*)(*)		Inmediata
Neumología	(*)(*)		Inmediata
Nutrición	(*)(*)	No incluye dieta	Inmediata
Oftalmología	(*)(*)		Inmediata
Otorrinolaringología	(*)(*)		Inmediata
Pediatría	(*)(*)		Inmediata
Reumatología	(*)(*)		Inmediata
Traumatología	(*)(*)		Inmediata
Urología	(*)(*)		Inmediata

(*) Consulta Clínica es por orden de llegada 24 hs., 365 días, únicamente en el **SANATORIO SANTA BARBARA** o en los lugares habilitados indicados por **LA CONTRATADA**, y con médico de guardia.

(*)(*) Ilimitada, cualesquiera de ellas indistintamente, con presentación de la credencial o de acuerdo a la metodología implementada por **LA CONTRATADA**.

B INTERNACIONES

TIPO DE INTERNACIÓN	CANTIDAD DE DÍAS	CARENCIA	COMPRENDE
Clínica aguda	40 días / año/GF (1)	60 días	<ul style="list-style-type: none"> • Pensión Sanatorial en sanatorio indicado por LA CONTRATADA. • Honorarios del médico clínico indicado por LA CONTRATADA. • Medicamentos y descartables hasta Gs. 1.000.000 por evento.

TIPO DE INTERNACIÓN	CANTIDAD DE DÍAS	CARENCIA	COMPRENDE
Clínica aguda	40 días / año/GF (1)	60 días	<ul style="list-style-type: none"> • Interconsulta con especialista habilitado indicado por LA CONTRATADA, hasta 1 (una) especialidad por evento, hasta 2 (dos) eventos al año. • Estudios de diagnóstico de acuerdo a los anexos de cobertura.

(1) El período máximo de internación de un asociado, por un evento, es de 15 días, dentro del máximo general previsto. Todos los excedentes y diferencias como también otros estudios y/o métodos de diagnóstico serán con cargo del asociado. Los recargos por fuera de hora y uso de equipo portátiles serán con cargo al asociado, así como excedente de medicamentos y materiales.

C CIRUGÍAS - CONDICIONES DE COBERTURA

EVENTO	CANTIDAD	COMPRENDE	VIGENCIA
Cirugías	3/Semestre /GF	<ul style="list-style-type: none"> • Pensión Sanatorial del evento cubierto. • Derecho operatorio del evento cubierto. • Honorarios del Cirujano habilitado indicado por LA CONTRATADA. • Ayudante e instrumentador indicado por LA CONTRATADA. • Honorarios del anestesista indicado por LA CONTRATADA. • Medicamentos y descartables hasta Gs. 1.000.000 y hasta dos eventos al año. <p>ESTÁN EXCLUIDOS LOS SIGUIENTES SERVICIOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Transfusionista , interconsultas, microscopios, equipos e instrumentales propios de cada especialidad. • Patologías congénitas y/o cualquier procedimiento quirúrgico relacionado a cirugías realizadas antes del ingreso del asociado a SANTA BARBARA • Medicina Pre Paga o realizados por profesionales que no pertenezcan al plantel de LA CONTRATADA y/o secuelas de intervenciones quirúrgicas anteriores al ingreso. • Patologías pre existentes a la firma del contrato, así como afecciones crónicas y/o congénitas, en cualquier etapa. 	Urgencia: 90 días Programadas: 270 días

La cantidad máxima de días de internación continua en un evento médico clínico para un asociado será de 5 (cinco) días y para los casos quirúrgicos está establecido en el marco de los eventos cubiertos y dentro de los límites con que cuenta el plan (15 días).

(1). Las internaciones clínicas o quirúrgicas en su conjunto pueden alcanzar la cantidad límite de días citados por Grupo Familiar, pero, la extensión máxima de cada internación cubierta será de 5 (cinco) días, a partir de la cual se acaba la cobertura de **LA CONTRATADA**. En caso que el asociado cuente con cobertura del Plan de Maternidad, esta no se incluye en el presente régimen, salvo que se trate de complicaciones, que se registrarán por las generales del contrato.

(2) El Sanatorio indicado para los casos: de internación es el **SANTA BARBARA**. Cualquier variación debe ser autorizada por escrito por **LA CONTRATADA**.

NOTA: Cuando se hace referencia a medicamentos y descartables, y específicamente a la cantidad de veces que se cubre en las internaciones, sean estas Clínicas y/o Quirúrgicas, la cantidad global es de 2(dos) por año por GF y no para cada tipo de evento.

D CIRUGÍAS CUBIERTAS

EVENTO	PROCEDIMIENTO	DÍAS DE INTERNACIÓN
Cirugía convencional	Apendicectomía	2 días
	Colecistectomía	3 días
	Peritonitis de origen apendicular	5 días
	Biopsia	Hasta 12 hs.
	Excresis de lipoma	Ambulatorio
	Excresis de quiste pilonidal	1 día
	Excresis de quiste sacrocoxígeo	1 día
	Excresis de quiste cébaceo	Ambulatorio
Cirugía infantil convencional	Apendicetomía	2 días
	Peritonitis de origen apendicular	5 días
	Polopectomía	Hasta 12 hs.
	Biopsia	Hasta 12 hs.
Ginecológica convencional	Histerectomía total	2 días
	Histerectomía subtotal	3 días
	Histerectomía vaginal	2 días
	Ooforectomía	2 días
	Polipectomía	1 día
	Extirpación de quiste de bartholino	1 día
	Legrado biópsico (1)	Hasta 12 hs.
	Legrado evacuador (2)	1 día
Mastológica convencional	Biopsia	1 día
	Drenaje de absceso	1 día
	Extirpación de nódulo mamario	1 día
Oftalmológica convencional	Blefarotomía	Ambulatorio
	Pterigion	Ambulatorio
	Cataratas (3)	Ambulatorio
	Extracción de cuerpo extraño	Ambulatorio
	Chalazion	Ambulatorio

EVENTO	PROCEDIMIENTO	DÍAS DE INTERNACIÓN
Otorrinolaringológica convencional	Adenoides	1 día
	Amígdalas	1 día
	Cauterización de cornetes	1 día
	Sinusotomía	1 día
	Turbinectomía	1 día
Traumatológica convencional	Artroscopía diagnóstica	Hasta 12 hs.
	Extracción de material de osteosíntesis	2 días
	Reducción abierta de fractura con osteosíntesis	3 días
Urológica convencional	Litiasis renal uretral por cirugía abierta.	3 días
	Sondaje vesical.	Ambulatorio
	Drenaje de absceso escrotal.	Hasta 12 hs.
	Prostatectomía.	3 días
	Nefrectomía explorada	2 días
Videolaparoscópica (4)	Vesícula	1 día
	RTU de próstata	2 días

E ESTUDIOS DE LABORATORIO

Ver **ANEXO DE ESTUDIOS DEL PLAN EJECUTIVO.**

F ESTUDIOS RADIOLÓGICOS SIMPLES

Ver **ANEXO DE ESTUDIOS DEL PLAN EJECUTIVO.**

G ESTUDIOS ESPECIALIZADOS DE DIAGNÓSTICOS

Ver **ANEXO DE ESTUDIOS DEL PLAN EJECUTIVO.**

H ECOGRAFÍAS

Ver **ANEXO DE ESTUDIOS DEL PLAN EJECUTIVO.**

I ESTUDIOS OFTALMOLÓGICOS

Ver **ANEXO DE ESTUDIOS DEL PLAN EJECUTIVO.**

J FISIOTERAPIA AMBULATORIA

SERVICIO	CANTIDAD	CARENCIA
Masaje Terapéutico	(*)	(*)(*)
Onda Corta	(*)	(*)(*)
Ultrasonido	(*)	(*)(*)
Infrarrojo	(*)	(*)(*)

SERVICIO	CANTIDAD	CARENCIA
Rayos ultravioletas	(*)	(*)(*)
Tracción lumbar	(*)	(*)(*)
Sesiones de recuperación músculo - esquelético de origen post traumático	(*)	(*)(*)

(*) Hasta 30 sesiones por año por contrato, cualquiera de ellos, indistintamente.

El evento debe tener origen post traumático y debe contar con orden médica respectiva indicando el diagnóstico que la motiva.

(*)(*) 60 días de carencia.

K PROCEDIMIENTOS AMBULATORIOS

SERVICIO	CANTIDAD	CARENCIA
Nevus	8 lesiones por año/GF	60 días
Extracción de quiste sebáceo	3 año/GF	60 días
Extirpación de Lipoma	3 año/GF	60 días
Extirpación de uña encarnada	3 año/GF	60 días
Reducción incruenta de fracturas	4 año/GF	60 días

La Cobertura contempla

- Sala de Procedimientos
- Honorarios del profesional habilitado indicado por **LA CONTRATADA**
- Medicamentos y descartables hasta Gs. 200.000 (únicamente en **SANTA BARBARA**)

No están cubiertos los recargos por fuera de horario.

Para acceder a dichos servicios se deberá contar con la orden médica respectiva indicando el diagnóstico que la motiva.

L EMERGENCIAS Y URGENCIAS

LUGAR	CANTIDAD	CONDICIÓN	VIGENCIA
Sanatorio Santa Barbara	Sin límites	• Primeros auxilios en accidentes domesticos 24 hs.	Inmediata
	Sin límites	• Curaciones	
	Sin límites	• Extracción de cuerpo extraño en oído/nariz	
	Sin límites	• Suturas	
	Sin límites	• Colocaciones de yeso	
	Sin límites	• Colocaciones de férulas	
	Sin límites	• Drenajes en abscesos	
	Sin límites	• Canalización o venoclisis	
		Procedimientos de Enfermería	
	5 evento/asociado	• Nebulización sin medicamentos ni oxígeno	
	Sin límites	• Aplicación de inyección (EV e IM)	
	Sin límites	• Toma de presión	
	Sin límites	• Canalización y venoclisis	
	Sin límites	• Derecho de sala de urgencias y/u observación hasta 12 hs., aplicación de inyección	
	5/año/GF	• Medicamentos y descartables en la urgencia hasta Gs. 100.000	
Otros Sanatorios Habilitados	2 al año	• Honorarios de médico de 60 días guardia, derecho a sala de procedimientos, medicamentos y descartables en la urgencia. Todos los servicios citados, en su conjunto, hasta alcanzar el tope de Gs. 150.000 y hasta 2 eventos por año por GF. Diferencia a cargo del asociado	

NOTA: Al citar los medicamentos cubiertos en la urgencia y/o emergencia se hace referencia a los que se precisen en ese evento, en su primera dosis específicamente (en la urgencia y/o emergencia), sin incluir los de uso continuo o crónicos ni drogas oncológicas ni vacunas.

M SERVICIO DE AMBULANCIA

SERVICIO	CANTIDAD	VIGENCIA
Traslado post alta en Asunción y Gran Asunción	Hasta 2 por año	Inmediata

N SERVICIO DE TERAPIA INTENSIVA

SERVICIO	CANTIDAD	VIGENCIA
<ul style="list-style-type: none"> • Honorarios del Terapeuta y del médico de guardia. • Pensión. • Servicio de enfermería. • Hasta 1 interconsulta de un profesional por internación. • Equipos propios de la Unidad: Desfibrilador, monitor cardíaco. • Medicamentos y descartables hasta Gs. 2.000.000 (ESTA COBERTURA EXCLUYE CUALQUIERA OTRA Y ES EXCLUSIVA PARA UTI). 	Hasta 2 por año	Inmediata

NO ESTÁN CUBIERTOS:

- Excedente de medicamentos y descartables.
- Intubación, instalación de vía venosa central.
- Otras interconsultas, sean del mismo profesional o no a más de las exclusiones del contrato.

COBERTURA DE MATERNIDAD

CONDICIONES	VIGENCIA
Cobertura para Titular o Cónyuge del Titular, que abonen la prima correspondiente a dicho servicio, y no extensiva a las hijas y madres del titular del contrato ni en los casos de Titular sólo o único beneficiario del mismo. En caso que el Titular sólo desee tener cobertura de maternidad en los términos indicados, deberá abonar desde la fecha de incorporación una prima del 30% mensual sobre el valor de su cuota mensual.	360 días
Pensión sanatorial en Parto normal Cesárea	
Honorarios del ginecólogo, pediatra, instrumentador	Sí
Medicamentos y descartables según cobertura	H/ 1.000.000
Nursery	3 días
Capa de oxígeno	3 días
Luminoterapia	3 días
Cuna térmica	3 días

NO ESTÁN CUBIERTOS:

- Excedente de medicamentos y descartables.
- Incubadora
- Gastos y honorarios médicos del recién nacido en incubadora o condiciones de atención para recién nacido que no sea normal a término.

P PLAN SIRIO LIBANES - SANTA BARBARA

SERVICIO	CANTIDAD	VIGENCIA
• Consultas mensuales presenciales en la sede de Buenos Aires del Hospital Sirio Libanes.	4 (cuatro)	Inmediata
• Consultas Internacionales anuales por telemedicina.	3 (tres)	
• Consultas mensuales de seguimiento de telemedicina para los afiliados que se realizaren prácticas en el Hospital Sirio Libanes de Buenos Aires.	3 (tres)	
• Internación en UTI/UCO y pisos anuales. (*)	45 (Cuarenta y cinco días)	

Arancel Preferencial.

Incluye: Medicamentos, descartables. internación y honorarios profesionales.

Excluye: Insumos especiales acorde a la patología.

Las prestaciones que los afiliados abonen por prácticas que se realicen en el Hospital Sirio Libanes en Buenos Aires tendrán un 20% de descuento.

(*) Sumando los días en caso de permanecer en más de un sector.

45 días de estada acorde a la patología.



SANTA BARBARA

Santísima Trinidad esq. Alejandro Ravizza. Asunción, Paraguay.

Tel.: +595 21 299 388 Urgencias: +595 21 291 886

www.santabarbara.com.py

info@santabarbara.com.py