

Material de consulta del beneficiario



Medicina Prepaga



SANTA BARBARA

PLAN

STANDARD



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 STANDARD**, 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.

(*)(*) Hasta (seis) al año en su conjunto, por asociado, cualesquiera de ellas indistintamente, de acuerdo con disposiciones de **LA CONTRATADA**. Todas precisan de cita previa.

B INTERNACIONES

TIPO DE INTERNACIÓN	CANTIDAD DE DÍAS	CARENCIA	COMPRENDE
Clínica aguda	15 días / año/GF (1)	120 días	<ul style="list-style-type: none"> • Pensión Sanatorial en sanatorio indicado por LA CONTRATADA (2). • Honorarios del médico clínico indicado por LA CONTRATADA durante los días y en los casos cubiertos.

TIPO DE INTERNACIÓN	CANTIDAD DE DÍAS	CARENCIA	COMPRENDE
Clínica aguda	15 días / año/GF (1)	120 días	<ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos y descartables hasta Gs. 500.000 por evento, hasta 2 (dos) eventos al años/GF. • 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 10 días, dentro del máximo general previsto.

(2) El Sanatorio indicado es **SANTA BARBARA**.

C CIRUGÍAS - CONDICIONES DE COBERTURA

EVENTO	COMPRENDE	VIGENCIA
Cirugías	<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. 800.000 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. • Recargos por fuera de hora. Patologías pre existentes a la firma del contrato, así como afecciones crónicas y/o congénitas, en cualquier etapa. 	<p>Agudas: 180 días</p> <p>Programadas: 300 días</p>

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 cuente el plan (15 días).

(1). Las internaciones clínicas o quirúrgicas en su conjunto pueden alcanzar la cantidad limite 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
Cirugía infantil convencional	Apendicetomía	2 días
	Peritonitis de origen apendicular	5 días
Gastroenterológica	Polopectomía	Hasta 12 hs.
	Biopsia	Hasta 12 hs.
Ginecológica convencional	Histerectomía total	2 días
	Histerectomía subtotal	3 días
	Ooforectomía	2 días
	Polipectomía	1 día
	Extirpación de quiste de bartholino	1 día
	Legrado biópsico (1)	Hasta 12 hs.
Mastológica convencional	Legrado evacuador (2)	1 día
	Biopsia	1 día
	Drenaje de absceso	1 día
Oftalmológica convencional	Extirpación de nódulo mamario	1 día
	Blefarotomía	Ambulatorio
	Pterigion	Ambulatorio
Otorrinolaringológica convencional	Cataratas (3)	Ambulatorio
	Adenoides	1 día
	Amígdalas	1 día
	Cauterización de cornetes	1 día
	Turbinectomía	1 día

EVENTO	PROCEDIMIENTO	DÍAS DE INTERNACIÓN
Traumatológica convencional	Reducción abierta de fractura con osteosíntesis (4).	3 días
Urológica convencional	Litiasis renal uretral por cirugía abierta. Sondaje vesical. Drenaje de absceso escrotal. Prostatectomía.	3 días Ambulatorio Hasta 12 hs. 3 días

(1) y (2) Cubiertas únicamente si se cuenta con Plan de Maternidad.

(3) Se cubre solamente un procedimiento por ojo, por año.

(4) No incluye material de osteosíntesis.

E ESTUDIOS DE LABORATORIO

SIME S.A., a través de **SANTA BARBARA** Medicina Pre Paga brindará el servicio en el **Sanatorio Santa Barbara** en el horario de 06:30 a 17:30 hs., de Lunes a Viernes y los Sábados de 06:30 a 10:00 hs. y en los demás centros habilitados para el servicio, con la presentación de la orden correspondiente, debidamente visada y/o autorizada, en los horarios que estos estipulen. En los casos de urgencia se podrán realizar los estudios en los lugares habilitados siguiendo los pasos correspondientes previstos en el contrato (orden o indicación del médico, visación y/o autorización). Los estudios no cubiertos por **LA CONTRATADA** serán abonados directamente al prestador.

Las órdenes o indicaciones del médico deben llevar el diagnóstico presuntivo, así como la firma, sello y número de Registro del profesional y estar relacionados a la especialidad. Ver **ANEXO DE ESTUDIOS DE DIAGNÓSTICO DEL PLAN STANDARD**.

Cantidad: los de rutina y los especializados hasta 4 (cuatro) veces por semestre por GF y con una batería de hasta 15 (quince) estudios por orden por vez. Se precisa una carencia de 60 días el diagnóstico médico presuntivo respectivo.

F ESTUDIOS RADIOLÓGICOS SIMPLES

Los estudios podrán ser hechos hasta en dos posiciones y hasta la cantidad de 10/año/GF. Ver **ANEXO DE ESTUDIOS DE DIAGNÓSTICO DEL PLAN STANDARD**.

G ESTUDIOS ESPECIALIZADOS DE DIAGNÓSTICOS

NOTA: Los medicamentos y/o medios de contraste quedan a cargo del Asociado. Así también, las eventuales pruebas alérgicas quedan a cargo del Asociado. También están a cargo del Asociado el uso de equipo, sala y análogos. Para acceder a cualquiera de estos estudios se debe contar con el diagnóstico presuntivo del médico tratante habilitado. Ver **ANEXO DE ESTUDIOS DE DIAGNÓSTICO DEL PLAN EJECUTIVO.**

H ECOGRAFÍAS

Cantidad: Hasta la cantidad de 10 (diez) al año por Grupo Familiar. Ver **ANEXO DE ESTUDIOS DE DIAGNÓSTICOS del PLAN EJECUTIVO.**

NOTA: Para acceder a cualquiera de estos estudios se debe contar con el diagnóstico presuntivo del médico tratante habilitado.

I ESTUDIOS OFTALMOLÓGICOS

Ver **ANEXO DE ESTUDIOS DE DIAGNÓSTICO del PLAN EJECUTIVO.**

J FISIOTERAPIA AMBULATORIA

SERVICIO	CANTIDAD	CARENCIA
Masaje Terapéutico	(*)	(*)(*)
Onda Corta	(*)	(*)(*)
Ultrasonido	(*)	(*)(*)
Infrarrojo	(*)	(*)(*)
Rayos ultravioletas	(*)	(*)(*)
Tracción lumbar	(*)	(*)(*)

(*) Hasta 10 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.

(*)(*) 90 días de carencia.

K PROCEDIMIENTOS AMBULATORIOS

SERVICIO	CANTIDAD	CARENCIA
Nevus	6 eventos por año/GF	60 días
Extracción de quiste sebáceo	2 eventos por año/asociado	60 días
Extirpación de Lipoma	2 eventos por año/asociado	60 días
Extirpación de uña encarnada	3 eventos por año/asociado	60 días
Reducción incruenta de fracturas	2 eventos por año/asociado	60 días

La Cobertura contempla

- Sala de Procedimientos
- Honorarios del profesional habilitado indicado por **LA CONTRATADA**
- Medicamentos y descartables hasta Gs. 50.000 (únicamente en **SANTA BARBARA**)

No se contempla lo siguiente

- Excedente de medicamentos y materiales descartables.
- Todo recargo por uso de equipos portátiles, interconsultas y honorarios por fuera de horario.
- Uso de instrumentales.

L EMERGENCIAS Y URGENCIAS

LUGAR	CANTIDAD	CONDICIÓN	VIGENCIA
Sanatorio Santa Barbara	Sin límites	Médico de guardia	Inmediata
	Sin límites	• Saturas.	
	Sin límites	• Colocaciones de yeso.	
	Sin límites	• Colocación de férulas.	
	Sin límites	• Curaciones.	
	Sin límites	• Drenajes de abscesos.	
	Sin límites	• Extracción de cuerpo extraño oído/nariz.	
Sin límites	• Canalización o venoclisis.		
	10 sesiones evento/asociado	Procedimientos de Enfermería	Inmediata
Sin límites	• Nebulización sin medicamentos ni oxígeno.		
Sin límites	• Lavado de oído.		
Sin límites	• Aplicación de inyección (EV e IM)		
Sin límites	Sin límites	• Toma de presión.	

LUGAR	CANTIDAD	CONDICIÓN	VIGENCIA
Sanatorio Santa Barbara	5 eventos año/GF	Procedimientos de Enfermería • Derecho de sala de urgencia y/u observación por hasta 12 horas, aplicación de inyección. Medicamentos y descartables en la urgencia hasta 1 (un) evento al año por contrato. • Atención en primeros auxilios en las primeras 24 horas en accidentes domésticos.	Inmediata
Cobertura		• Honorarios del Médico de Guardia. • Atención de enfermería. • Derecho a sala de procedimientos.	
Otros Sanatorios habilitados indicados para urgencias/emergencias	2 eventos año/GF	• Medicamentos y descartables: hasta Gs. 50.000. • Todos los servicios indicados con cobertura en Urgencias / Emergencias en el Sanatorio Santa Barbara hasta la cant. global de Gs. 100.000, la diferencia a cargo del asociado.	90 días

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 COBERTURA <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación del cuadro del paciente. • Compensación del paciente y comunicación con el médico de cabecera. • Coordinación para traslado. • Medicamentos y descartables suministrados en el evento. • Traslados derivados de la urgencia o emergencia. TRASLADOS PROGRAMADOS SON CON ARANCEL PREFERENCIAL.	Ilimitada	Inmediata

N COBERTURA DE MATERNIDAD

SERVICIO	CANTIDAD	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.	Pensión sanatorial y derecho: <ul style="list-style-type: none"> • En parto normal: 48 horas • En cesárea: 72 horas Honorarios del ginecólogo, pediatra, instrumentador. Medicamentos hasta Gs. 500.000. Nursery hasta 3 días (incluyendo carpa de oxígeno y/o luminoterapia).	360 días

NO ESTÁN CUBIERTOS:

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

O SERVICIO DE TERAPIA INTENSIVA

SERVICIO	CANTIDAD	VIGENCIA
UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA para adultos y niños mayores de 30 días. <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. 500.000 (ESTA COBERTURA EXCLUYE CUALQUIERA OTRA Y ES EXCLUSIVA PARA UTI). 	Hasta 7 días Año/GF	360 días

NO ESTÁN CUBIERTOS:

- Excedente de medicamentos y descartables.
- Intubación, instalación de vía venosa central.
- Otras interconsultas, sean del mismo profesional o no.
- Atención para casos congénitos, crónicos y/o pre existentes en cualquiera etapa.

P COBERTURA ODONTOLÓGICA

SERVICIO	CANTIDAD	VIGENCIA
<ul style="list-style-type: none"> • Consultas en consultorio. • Profilaxis bucodentaria cada 6 meses. • Apertura cameral pulpar para drenaje. • Incisión de abscesos dentales. • Protección pulpar directa. • Protección pulpar indirecta. • Radiología intraoral por placa. • Exodoncia casos normales. • Corona acrílico provisional (en consultorio). 	Ilimitada	Inmediata

Q 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