



## **PLAN ESPECIAL CENTRO DE IMPORTADORES DEL PARAAGUAY 2008**

En la ciudad de Asunción, Capital de la República del Paraguay, a los veinte y dos (22) día del mes de diciembre de dos mil ocho, por una parte “**EL CENTRO DE IMPORTADORES DEL PARAGUAY**”, representada en éste acto por los Señores **Ing. MAX HABER** y **Don PEDRO PEYRAT**, en su carácter de Presidente y Secretario respectivamente y como tal , en adelante denominada **LA CONTRATANTE**, y por la otra **SANTA CLARA S.A. CENTRO MÉDICO PRIVADO**, representada por su Presidente, el **Sr. CARLOS MARIA ALBERT**, en adelante denominada la **CONTRATADA**, convienen en celebrar el presente Contrato de Prestaciones de Servicios Médicos Sanatoriales (**PLAN CENTRO DE IMPORTADORES DEL PARAGUAY**) el cual registrá de conformidad a las siguientes cláusulas.

### **DE LOS BENEFICIARIOS**

**BENEFICIARIO:** Se entenderá por **BENEFICIARIO** a los Funcionarios de la con **CONTRATANTE**, su cónyuge, hijos y ascendientes directos del Titular que dependan económicamente del mismo.

**ADHERENTES:** Personas dependientes económicamente del Titular.

### **GLOSARIO DE TERMINOS CONTRACTUALES**

#### **ACTIVIDAD PELIGROSA**

Cualquier actividad que expone al Abonado a un riesgo o peligro previsible, ejemplos de actividades peligrosas incluyen pero no se limitan a: cualquier tipo de deportes de aviación, carreras de motocicletas o competencias con vehículos de motor.

#### **BENEFICIOS ADICIONALES**

Se refieren a productos o servicios a los cuales el **ABONADO** puede acceder en condiciones ventajosas por convenio de la **EMPRESA** con otras instituciones.

#### **BENEFICIOS DIFERENCIALES**

Se refieren a servicios especiales de gran valor agregado para el **ABONADO** y que diferencian la cobertura que ofrece la **EMPRESA** de la de otras instituciones.

#### **BENEFICIOS OPCIONALES**

Se refieren a las coberturas que no están incluidas en el plan de salud estándar, a las cuales el **ABONADO** puede optar en el momento de suscribir el contrato y por las que abonará una sobrecuota mensual especial.

#### **COBERTURA**

Es la cantidad límite de servicios cuya atención asume la **EMPRESA** conforme a las estipulaciones que surgen de los documentos contractuales.

#### **COPAGO**

Es el monto que el Abonado debe abonar al momento de recibir un servicio.

#### **ENFERMEDAD CONGENITA**

Cualquier desorden o enfermedad existente al momento o antes del nacimiento, independientemente de la causa, si se manifestó o fue diagnosticada al momento del nacimiento, después del nacimiento o años después.

### **ENFERMEDAD PRE-EXISTENTE**

Es una condición:

1. Que fue diagnosticada por un médico antes de la fecha efectiva del contrato o;
2. Por la cual el consejo médico o tratamiento fue recomendado o recibido de un médico antes de la fecha efectiva del contrato.
3. Por la cual cualquier síntoma o signo obvio hubiera resultado en el diagnóstico de una enfermedad o desorden si se hubiera presentado a un médico.

### **EMPRESA**

El término EMPRESA se refiere a Santa Clara S.A. Centro Médico Privado.

SANATORIO SANTA CLARA se refiere al Sanatorio propiedad de SANTA CLARA S.A. CENTRO MÉDICO PRIVADO.

### **EVENTO**

Se define como tal y será considerado como un mismo evento, al tratamiento y atención de un mismo cuadro patológico o de otros diferentes que se presenten como consecuencia del anterior.

### **EVENTO O CONDICION DE ALTA COMPLEJIDAD MEDICA**

Significa una enfermedad o condición de carácter grave o catastrófico, diagnosticada como tal por un médico, y que amenaza la vida o el daño permanente a los órganos o sistemas del organismo de una persona, la cual requiere tratamientos, servicios y procedimientos médicos y/o quirúrgicos de variada complejidad, proporcionados al paciente durante una intervención hospitalaria, o como paciente externo de un hospital o centro de servicios ambulatorios. Cuya cobertura registrá de acuerdo a condiciones específicas del Contrato.

### **EXCLUSIONES**

Se refieren a las prestaciones, materiales y servicios no cubiertos por la EMPRESA y que están enumerados en la sección correspondiente.

### **MEDICAMENTO NECESARIO**

Un tratamiento, servicio o suministro médico que es necesario y apropiado para el diagnóstico y/o tratamiento de una enfermedad o lesión no será considerado medicamento necesario si:

1. Es proporcionado solamente como una conveniencia para el Abonado, la familia del paciente o el prestador de servicio.
2. No es apropiado para el diagnóstico o tratamiento del Abonado
3. Excede el nivel de cuidados necesarios para proporcionar un diagnóstico o tratamiento adecuado.

### **SERVICIOS SIN CARGO**

Se refiere a los servicios a los cuales el ABONADO tiene derecho a acceder sin pago de aranceles. Significa que la EMPRESA asume el total del costo de las prestaciones en las cuales se especifica este tipo de cobertura.

### **SERVICIOS CON ARANCEL DIFERENCIAL (A.D.)**

Es la transferencia al Abonado del descuento que el prestador ofrece a la Empresa por convenio.

### **SERVICIOS CON ARANCELES A CARGO DEL ABONADO**

Significa que el ABONADO asume el total del costo de las prestaciones. En los casos de internaciones (convencionales y/o en terapia Intensiva) bajo esta cobertura, el Abonado deberá suscribir los documentos obligacionales pertinentes y/o efectuar un depósito previo.

## **URGENCIAS / EMERGENCIAS**

**Urgencias:** Se consideran como tales a aquellas situaciones en las que el paciente requiere una inmediata atención sin que sea inminente el riesgo de perder la vida.

**Emergencias:** Son condiciones médicas que se manifiestan por signos o síntomas agudos que pueden razonablemente resultar en peligro inmediato para la vida o para la integridad corporal del paciente.

*Este documento contempla las Condiciones Particulares y Generales que rigen la prestación de los servicios médicos, bajo el sistema de Medicina Pre-paga, de **SANTA CLARA S.A. CENTRO MEDICO PRIVADO**, para el Plan **Centro de Importadores del Paraguay***

## **CONDICIONES GENERALES**

### **REQUISITOS DE INGRESO**

Los interesados en contratar este Plan de cobertura médica habilitado por la EMPRESA, deberán suscribir:

1. SOLICITUD DE CONTRATACIÓN O DE INCORPORACIÓN; DECLARACION DEL CONTRATANTE; en su caso, SOLICITUD DE RENOVACION o SOLICITUD DE CAMBIO DE PLAN proveídas por la EMPRESA, las cuales tienen el carácter de DECLARACIÓN JURADA sobre sus datos personales y los de las personas que desee incorporar.
2. DECLARACIÓN JURADA DE SALUD: Se contestará fidedignamente a las preguntas que figuran en la declaración proveída por la EMPRESA, haciendo constar las enfermedades actuales y/o crónicas, congénitas, incapacidades físicas, psíquicas, accidentes sufridos, tratamientos y/u operaciones que se les hubieren efectuado o a los que se hallaren sometido o deban someterse y estado de gravedad del Abonado Titular, Familiares y Adherentes. El suscriptor de la solicitud responde por la exactitud y veracidad de la información suministrada al respecto y por la referida a las personas que desee incorporar.
3. La EMPRESA podrá requerir cualquier información que a su criterio estime indispensable para considerar la solicitud de ingreso, como así también certificados médicos del solicitante y/o de personas a incorporar.
4. La EMPRESA se reserva el derecho de cancelar el contrato o negar cobertura ante solicitudes de contratación o declaraciones de salud donde se comprueben datos falsos, incompletos o se haya cometido fraude que impidiera a la EMPRESA evaluar correctamente los riesgos a cubrir.
5. La presentación de la solicitud por parte del interesado, implica el conocimiento y aceptación por parte del mismo, de las condiciones generales y particulares del contrato; incluyendo el Reglamento Interno del Sanatorio de SANTA CLARA S.A. CENTRO MEDICO PRIVADO, de aplicación en su caso.

### **INCORPORACIÓN**

1. La incorporación implicará la aceptación del presente Reglamento en todas sus partes, que, con las modificaciones que se introduzcan en el futuro, regirán las relaciones entre la EMPRESA y el ABONADO.
2. La aceptación de la solicitud de contratación o de incorporación quedará formalizada con la entrega al titular de la siguiente documentación:
  - a) Una credencial para cada abonado
  - b) La Cartilla Médica y las Condiciones Generales y Particulares
3. El ABONADO firmará una constancia, que quedará en poder de la EMPRESA, por la cual certificará la recepción de las credenciales, como así también la aceptación de las Condiciones Generales y Particulares del Contrato.

4. La edad máxima para ingresar como Abonado al presente plan de cobertura médica es de 70 años de edad cumplidos o a cumplirse dentro del primer año de vigencia del presente contrato.

#### **REPRESENTANTES DE LA EMPRESA**

Queda establecido que las personas que actúan en representación de la EMPRESA están autorizadas únicamente para la proposición del contrato según lo regulado en los documentos integrantes del mismo. Toda modificación o concesión deberá ser expresamente autorizada a través de nota anexa, validada con la firma y sello del Gerente.

#### **ALCANCE DEL PLAN**

Las coberturas ofrecidas por el contrato son personales y anuales. No se podrán transferir derechos de una persona a otra, ni los derechos de coberturas no utilizadas de un año a otro. En caso de renovación la EMPRESA se reserva el derecho de modificar coberturas y/o costos.

#### **ANULACIÓN Y TERMINACIÓN DEL CONTRATO**

1. **EI ABONADO** titular podrá solicitar en cualquier tiempo y sin invocación de causa, con su cuota al día, su desvinculación o la de sus adherentes de la EMPRESA comunicando tal decisión en forma escrita (por nota) o llenando la Solicitud de Exclusión proveída por la EMPRESA, restituyendo simultáneamente las credenciales de las personas desvinculadas.
2. La EMPRESA podrá resolver en cualquier momento la desvinculación del titular o sus incorporados, si mediara causa justificada y especialmente en los siguientes casos:
  - a) Maltrato de palabra o de hecho al personal o a profesionales adheridos, aunque no mediare reiteración.
  - b) Falta de pago durante (60) SESENTA días hábiles de la cuota mensual correspondiente por mes adelantado.
  - c) Falta de pago de los importes que le fueren facturados al abonado por aranceles complementarios excedentes de topes o prestaciones no cubiertas y se encuentren impagas según condiciones establecidas por la EMPRESA.
  - d) Falta de denuncia de extravío de la credencial de abonado o utilización de la misma por terceros.
  - e) Uso de credencial de ABONADO hallándose suspendida la cobertura de las prestaciones por mora del ABONADO.
  - f) Inasistencia reiterada e injustificada a entrevistas concertadas con profesionales adheridos, salvo que se las hubiere cancelado con la debida antelación. El reclamo que efectúe el profesional respecto de la circunstancia apuntada constituirá prueba suficiente de la misma.
  - g) Requerir injustificadamente el servicio de urgencias para sí mismo o para ser utilizado por personas no abonadas.
  - h) Presentar pedidos de reintegros por prestaciones fraguadas o realizadas a personas no abonadas.
  - i) Uso abusivo de los servicios, según criterio de la Auditoria Médica de LA EMPRESA debidamente justificada.
  - j) justificada.
  - k) En los supuestos contemplados en los incisos d), e), g) y h) el abonado deberá indemnizar a la EMPRESA por los perjuicios que le hubiere ocasionado, restituyéndole los importes de los gastos efectuados en dichos supuestos, actualizados conforme a los aranceles al momento del pago de la indemnización, con más sus intereses.
  - l) **Presentación de solicitudes de contratación o declaraciones de salud donde se comprueben datos falsos, incompletos o se haya cometido fraude que impidiera a la EMPRESA evaluar correctamente los riesgos a cubrir.**

### **PLAZO DEL CONTRATO**

El presente contrato tendrá una duración de (1) un año, a partir de su entrada en vigor, y en lo sucesivo será renovado automáticamente por períodos iguales, no existiendo manifestación escrita en contrario de alguna de las partes contratantes, expresada con una antelación de (30) TREINTA días respecto a la fecha de vencimiento del plazo contractual.

### **RENOVACION**

En todos los casos de renovación de contrato, los derechos y obligaciones de las partes se regirán para el nuevo periodo por este Reglamento, con las modificaciones que se hubieren introducido o introduzcan al mismo y al plan de beneficios al que se hallare adherido el abonado.

### **DE LOS ABONADOS**

Se considerarán tales a las personas cuya solicitud de ingreso, realizada por si o a través de sus representantes legales, haya sido aprobada por la EMPRESA y se encuentren al día en el pago de las obligaciones económicas con la EMPRESA.

- **Abonado Titular:** Cada contrato tendrá al menos un ABONADO, el cual se denominará ABONADO TITULAR.
- **Abonado Familiar:** Son aquellos Abonados familiares del Abonado Titular. Pertenecen a esta categoría: el/la cónyuge, hijos/as, padre/madre.
- **Abonados Adherentes:** Son aquellos Abonados que no estén comprendidos en la categoría de familiares.

#### Identificación:

- a) Cada ABONADO recibirá un carnet/tarjeta magnética, de carácter INTRANSFERIBLE que será la credencial exigible para todo tipo de utilización de servicios, conjuntamente con el recibo de pago al día y el documento de identidad.
- b) La no-presentación de los mismos puede derivar en el cobro de aranceles privados (que no serán reembolsados por la EMPRESA) o la negación de la atención.
- c) La adulteración o el uso indebido del carnet /tarjeta magnética dará lugar a la acción penal correspondiente.
- d) En caso de rescisión del contrato los Abonados se comprometen a devolver a la EMPRESA las credenciales correspondientes que se encuentren en su poder.
- e) La pérdida o extravío del carnet /tarjeta magnética, se deberá comunicar de inmediato a la EMPRESA previa denuncia de la misma a la autoridad competente.

### **RESPONSABLE DE PAGO**

1. Es el CONTRATANTE, quien contrae la obligación de pagar puntualmente:
  - Las sumas en concepto de cuotas por los servicios contratados, establecidas al momento de iniciar o renovar el presente Contrato.
  - Todas las obligaciones económicas que emanen del Contrato para los Abonados.
2. El responsable de pago puede no formar parte del grupo de ABONADOS, pero si es un integrante del mismo será el ABONADO TITULAR.
3. Es obligación del Abonado Titular comunicar por escrito a la EMPRESA, cualquier cambio de domicilio o teléfono. De no hacerlo, será válida toda comunicación enviada al domicilio indicado en la solicitud de ingreso, o en el último domicilio comunicado.
4. El responsable de pago tiene la obligación de comunicar dentro de los siete días de acaecido el hecho, cualquier cambio en la nómina de adherentes del contrato del cual es responsable, ya sea por, nacimientos o defunciones y es la única persona facultada a realizar nuevas incorporaciones o borrados del contrato.
5. El pago de la cuota mensual deberá efectuarse en el Sanatorio Santa Clara sito en Av. G. R de Francia 910 al contado, por tarjeta de débito o de crédito o a través del cobrador en domicilio dentro de los (10) días contados a partir de la fecha de vencimiento de pago de cada mes (mes

adelantado). LA NO CONCURRENCIA DEL COBRADOR, NO EXIMIRÁ AL ABONADO DE LA OBLIGACIÓN DE CANCELARLA EN TÉRMINO.

6. La falta de pago en término hará incurrir en mora automáticamente y de pleno derecho al abonado sin necesidad de interpelación alguna, como así también causará la suspensión automática de la cobertura en todas las prestaciones y de los períodos de carencias a partir de la "0" hora del día siguiente al del vencimiento del plazo de pago.
7. En tanto no medie resolución del contrato por falta de pago, si el abonado cancelare la totalidad de los importes adeudados, la cobertura suspendida se reanudará a las 48 hs. hábiles siguientes al pago. Las partes convienen, que en ningún supuesto, luego del pago referido, serán válidas las prestaciones por hechos producidos durante el período en que el afiliado se encontrare en mora.

### **PROFESIONALES, SANATORIOS E INSTITUTOS DE DIAGNOSTICO**

1. Cada ABONADO TITULAR recibirá, al momento de su ingreso y con cada renovación de contrato, un ejemplar actualizado de la Lista Médica con la relación de todos los profesionales y servicios habilitados y la forma de utilización.
2. Debido a que esta Lista Médica puede sufrir actualizaciones periódicamente, no genera obligación por parte de la EMPRESA y cumple sólo funciones informativas. La EMPRESA podrá cambiar total o parcialmente los listados de profesionales y/o instituciones y/o modificar cualquier inciso de este Reglamento, sin perjuicio de que se compromete a mantener un cuerpo de profesionales y establecimientos cuya capacidad, prestigio y categoría sea similar a lo ofrecido en el momento de la contratación.
3. Todas las prestaciones, tanto ambulatorias como sanatorias, serán cubiertas, de acuerdo a las especificaciones de cada modalidad, únicamente con profesionales y centros habilitados por la EMPRESA.

### **DIVERGENCIA DE NATURALEZA MEDICA**

Las divergencias de naturaleza médica sobre la cobertura de las atenciones previstas en el presente contrato, serán dirimidas por una junta constituida por (3) tres médicos, siendo uno nombrado por la EMPRESA, otro por el ABONADO y un tercero dirimente, de común acuerdo entre los dos nombrados.

### **CAMBIO DE PLAN**

1. Los ABONADOS TITULARES y con su cuota al día, podrán solicitar cambio de plan médico. Dicha solicitud deberá ser presentada por escrito ante la EMPRESA, acompañada de una nueva Declaración de Salud, con una antelación no menor de quince días corridos antes que comience el nuevo mes, reservándose la EMPRESA el derecho de aceptarla o rechazarla sin invocación de causa.
2. Si el cambio se efectuara de un plan de menores beneficios a otro de mayores, regirán las carencias o vigencias correspondientes a los beneficios que incorpora el nuevo plan, continuando durante dichos períodos con los beneficios del plan anterior. Si al momento del cambio existiese una enfermedad o embarazo en curso, serán cubiertos siempre con los beneficios del plan anterior.
3. Si el cambio se realizara de un plan mayor a otro menor, no regirán períodos de espera para el nuevo plan.
4. Al momento de solicitar el cambio de plan el ABONADO deberá abonar la diferencia existente entre el plan anterior y el nuevo plan.

## **REINCORPORACIONES**

En caso de que un Contrato haya sido dado de baja por falta de pago o pedido de anulación del mismo por parte de su Titular, sus integrantes podrán solicitar la reincorporación al mismo, para lo cual deberán presentar la solicitud correspondiente y una nueva declaración de salud. Esta reincorporación estará sujeta a la aprobación por parte de la EMPRESA la que se reserva el derecho de negarla o de establecer condiciones especiales, según cada caso particular.

## **HISTORIAS CLINICAS**

- Son de propiedad exclusiva de la EMPRESA, la que, sin perjuicio de observar las reglas del secreto profesional, podrá utilizarlas para fines científicos y estadísticos.
- En caso de que el paciente solicite una copia de su historial deberá hacerlo por escrito, con firma y número de documento y la copia será retirada bajo firma por el propio paciente o representante debidamente acreditado.

## **CONDICIONES PARTICULARES**

Con la presentación del carnet, constancia de pago al día y documento de identidad, el abonado tiene derecho a la utilización de los siguientes servicios:

### **SERVICIOS MEDICOS AMBULATORIOS**

#### **a) Consultas Ambulatorias Programadas (Vigencia Inmediata)**

1. Las consultas serán realizadas por profesionales habilitados, en el Sanatorio Santa Clara o en el consultorio privado del médico seleccionado de la "Lista Médica", en los días y horarios por ellos establecidos
2. El Abonado deberá convenir el día y hora de atención con el personal de recepción del consultorio del médico seleccionado.
3. El Abonado se obliga a cancelar, con la debida anticipación aquellas consultas convenidas a las que no podrá asistir.
4. El Abonado deberá, antes de la realización de la consultas, presentar a la secretaria del médico, su carnet/tarjeta magnética de Abonado, conjuntamente con su documento de identidad en caso contrario se le podrá negar la consulta o requerírsele el pago de los honorarios en forma particular, los cuales no serán reintegrados por la EMPRESA.
5. Según el Nivel en el que se encuentre el médico (ver Lista Médica, columna consultas), las coberturas son las siguientes.
  - Médico Nivel A: SIN CARGO.
  - Médicos Nivel B: co-pago a cargo del abonado G. 10.000.-
  - Médicos Nivel C: co-pago a cargo del abonado G. 25.000.-
  - Médicos Nivel D y A.D. (Arancel Diferencial): Es la transferencia al Abonado del descuento que el prestador ofrece a Santa Clara por convenio.

#### **b) Consultas Ambulatorias de Urgencia (Vigencia Inmediata)**

1. Serán realizadas por los médicos de guardia en los centros habilitados (Nivel A) al efecto y SIN CARGO para el Abonado.
2. Las consultas de urgencia realizadas con médicos habilitados por la Lista Médica fuera de los horarios normales de consultorio por ellos establecidos serán A CARGO del Abonado.

#### **c) Urgencias / Emergencias (Vigencia Inmediata)**

En caso de Urgencias y/o Emergencias se recurrirá a cualquier sanatorio habilitado en Nivel A (Columna Urgencias) donde se tendrá cobertura:

1. SIN CARGO:
  - Honorarios del médico de guardia para la realización de suturas, curaciones, drenaje de abscesos, drenaje de hematomas, extracción de uña encarnada, taponamiento nasal, enyesado de fracturas, extracción de cuerpo extraño.

- Análisis de laboratorio simples o de rutina. (Anexo 1)
  - Radiografías simples. (Anexo 2)
  - Ecografías. (Anexo 4)
  - Electrocardiograma. (Anexo 3)
  - Nebulizaciones: Medicamentos sólo en la urgencia, las nebulizaciones indicadas como tratamiento serán cubiertas sin medicamentos.
  - Procedimientos de enfermería tales como: Aplicación de inyectables, toma de presión, enema evacuador (sin medicamentos) y colocación de sueros.
2. Cobertura de Medicamentos y Materiales descartables, para solucionar la urgencia/emergencia, hasta un monto de G 100.000 (guaraníes cien mil )
  3. En caso que el médico de guardia lo considere necesario, se podrá solicitar la concurrencia de otros profesionales habilitados por la EMPRESA en Nivel A de la "Lista Médica" (columna sanatorial) para casos de urgencia. En casos de requerirse la presencia de profesionales DE OTROS NIVELES será A CARGO del Abonado el Arancel Diferencial correspondiente.
  4. Si la atención de urgencia realizada en un sanatorio externo, derivara en un pedido de internación, se comunicará tal necesidad a la EMPRESA en el término de 2 hs. al Departamento de Trámites Sanatoriales de lunes a viernes de 07 a 12 hs. y de 15 a 19 hs., sábados de 07 a 12 hs. En horario de siesta, sábados a la tarde y domingos o feriados, comunicarse al teléfono 418 0005 RA., para que la EMPRESA disponga el traslado del paciente (si las condiciones del mismo lo permiten) u otorgue cobertura a la internación en el sanatorio donde éste se encuentre.
  5. Serán CON CARGO al Abonado las atenciones de patologías que se encuentren enumeradas o encuadradas en la sección "SERVICIOS CON ARANCELES A CARGO DEL ABONADO y EXCLUSIONES."
  6. Para tener cobertura SIN CARGO en las atenciones por lesiones sufridas en accidentes de tránsito, o por agresiones personales, el Abonado o sus familiares remitirán a la EMPRESA el parte policial correspondiente. Sin este requisito la EMPRESA se reserva el derecho de negar cobertura.
- d) **Atención Domiciliaria (Vigencia Inmediata)**
1. Según prestadores de la "Lista Médica". Para la utilización de este servicio se requiere - como en todos los casos- la presentación del Carnet de Abonado del paciente con su correspondiente recibo de pago al día y documento de identidad.
  2. La cobertura SIN CARGO incluye:
    - Consultas médicas clínicas
    - Atención de Urgencias y/o Emergencias médicas.
    - Traslados de bajo riesgo cuando la patología del paciente requiera INDEFECTIBLEMENTE Y POR INDICACIÓN MÉDICA de una deambulación en unidad médica, en caso contrario, el servicio tendrá un costo A CARGO del Abonado.
    - Traslados de alto riesgo.
    - Electrocardiograma a domicilio (si la urgencia así lo requiere).
    - Medicamentos y descartables utilizados en la atención de urgencia y/o emergencia, al igual que aquellos que se utilicen en los traslados de alto riesgo.
  3. Áreas de Cobertura:
    - Asunción
    - San Lorenzo
    - Fernando de la Mora
    - Mariano Roque Alonso
    - Lambaré
    - Luque

e) **Fisioterapia traumática (Vigencia Inmediata)**

Incluye: ultrasonido, infrarrojo, proetz, tracción cervical.

1. Pacientes ambulatorios (cobertura SIN CARGO por abonado/año de contrato): en Sanatorio Santa Clara o centros habilitados para el plan, hasta (12) DOCE sesiones por evento y hasta (3) TRES eventos (diagnósticos) por año (HASTA 36 SESIONES EN TOTAL); por cada evento se cubrirá hasta dos localizaciones o regiones.
2. Las órdenes deben ser expedidas por especialistas en traumas: traumatólogos, neurocirujanos ó fisiatras
3. Pacientes internados en Sanatorio Santa Clara: cobertura SIN CARGO hasta (12) DOCE sesiones -en coordinación con la cobertura de internaciones-.
4. Fisioterapia a domicilio: cobertura CON ARANCELES A CARGO DEL ABONADO.

f) **Estudios de Diagnóstico**

1. Laboratorio: Análisis simples o de rutina, SIN CARGO en centros habilitados Nivel A según ANEXO 1. (Vigencia Inmediata)
2. Laboratorio: Análisis especiales, SIN CARGO en centros habilitados Nivel A según ANEXO 1. (Vigencia 30 días)
3. Radiología simple: Sin cargo en el Sanatorio Santa Clara y centros habilitados Nivel A según ANEXO 2. (Vigencia Inmediata)
4. Estudios de diagnósticos especiales: Sin cargo en centros habilitados Nivel A según ANEXO 3. (Vigencia a los 60 días)
5. Ecografías de Medicina interna: Sin cargo en centros habilitados Nivel A según ANEXO 4. (Vigencia a los 60 días)
6. Estudios obstétricos: Sin cargo en centros habilitados Nivel A, según ANEXO 5. (Vigencia a los 60 días)

**Las órdenes de estudios de diagnostico y laboratorio especializado deben ser expedidas por el especialista correspondiente a la patología en estudio**

g) **Procedimientos y Tratamientos ambulatorios. (Vigencia 150 días)**

- Con Profesionales Médicos Nivel A de la Lista Médica (Columna Procedimientos).
  - Los medicamentos y descartables tendrán cobertura hasta G. 70.000 (Guaraníes Setenta mil).
1. Crioterapia de cuello uterino.
  2. Cepillado o legrado endocervical y endometrial.
  3. Toma de biopsia de cuello uterino, endometrial y vulvar.
  4. Electrocoagulación de cuello uterino y lesiones de piel.
  5. Limpieza de oído.
  6. Ejercicios ortópticos hasta 10 por año por Abonado
  7. Infiltraciones intra-articulares en RODILLA, MUÑECA, TOBILLO, HOMBRO solo en Santa Clara. Medicamentos para tratamiento, A CARGO DEL ABONADO.
  8. Cirugía menor: verrugas, biopsias, tumores (excepto lipomas y lunares cuya extracción tendrá cobertura luego de cumplidos los 2 años de antigüedad)

h) **Nebulizaciones (Vigencia Inmediata)**

Simple y ultrasónicas (sin medicamentos)

**SERVICIOS SANATORIALES**

a. **Internaciones (Cobertura por evento)**

1. Cada ABONADO tiene derecho a cobertura SIN CARGO de sala hasta (50) CINCUENTA días por año de contrato. En el caso de superarse dicho término, la cobertura será con ARANCELES A CARGO DEL ABONADO.

2. Las internaciones se realizarán en el Sanatorio Santa Clara u otros Sanatorios habilitados en Nivel A (Columna Internaciones) de la Lista Médica, en habitación individual con: baño privado, teléfono, aire acondicionado, TV color y cama para el acompañante, incluyendo alimentación del paciente y servicio de enfermería y médicos de guardia del sanatorio.
3. En el caso de que el Sanatorio Santa Clara no dispusiera de habitaciones libres, se procederá a la derivación del ABONADO previa autorización de la EMPRESA.
4. Medicamentos y descartables en internaciones clínicas o quirúrgicas hasta G. 400.000.- (Guaraníes Cuatrocientos mil) del total de lo utilizado durante la internación o internaciones por un mismo evento. EL MONTO ANTEDICHO INCLUYE LO UTILIZADO EN SALA, QUIRÓFANO O UTI.
5. Derechos operatorios: SIN CARGO en concordancia con la cobertura de Honorarios médicos quirúrgicos.
6. Las internaciones por cirugías odontológicas tendrán cobertura SIN CARGO de sala y derecho operatorio sólo en el Sanatorio Santa Clara.
7. Serán parte de la cobertura, los estudios de diagnósticos según se detallan en los Anexos correspondientes.
8. En aquellas internaciones provocadas por accidentes de tránsito, herida con arma blanca o de fuego, el Abonado o sus familiares deberán presentar el parte policial correspondiente para gozar de la cobertura SIN CARGO.

**b. Maternidad (parto normal o cesárea)**

- **Interacción en Sala:** Sanatorio Santa Clara o Sanatorios habilitados en Nivel A de la Lista Médica.
- **Internación en Terapia Intermedia o Intensiva:** Sanatorio Santa Clara S.A.

**Cobertura para la mamá:**

1. Internación en sala según prescripción médica.
2. Analgesia en parto. Anestesiólogo.
3. Derecho a sala de parto o quirófano.
4. Cobertura por Medicamentos y descartables utilizados en quirófano, sala de parto, sala de internación y nursery (elementos de higiene y leche maternizada no medicamentosa) hasta un total global de G400.000 (Guaraníes cuatrocientos mil)
5. Cuando una paciente se interne por amenaza de parto prematuro y durante la misma internación se produjera el parto, se dará la cobertura INDICADA EN EL PUNTO PRECEDENTE, POR UNICA VEZ. EN NINGUN CASO HABRA SUMATORIA DE COBERTURAS
6. Transfusiones: honorarios médicos en transfusiones de sangre entera, plasma y concentrado de glóbulos rojos, SIN CARGO hasta (8) OCHO por evento. No incluye estudios serológicos ni materiales descartables.
7. Honorarios médicos de gineco-obstetra, ayudantes y pediatra, según los siguientes Niveles de la Lista Médica (columna Procedimientos):
  - Médicos Nivel A: SIN CARGO.
  - Médicos Nivel B y C: Cobertura hasta los montos establecidos en Nivel A (procedimientos), los incrementos por sobre estos aranceles serán A CARGO del Abonado.
  - Médicos Nivel D: A CARGO DEL ABONADO
8. Las internaciones originadas por parto normal y /o quirúrgico y /o complicaciones del embarazo deben cumplir la vigencia de 270 días.
9. No incluye gastos por eventos derivados de tratamientos de fertilidad.
10. Cuando la paciente, luego de su alta médica, desee ocupar una habitación debido a la internación del recién nacido, todos los gastos que se desprendan de esta permanencia serán A CARGO DEL ABONADO.

**Cobertura para el recién nacido:**

- **En nursery Standard:** Sanatorios habilitados en Nivel A de la Lista Médica.
  - **En nursery Standard o con complemento de Luminoterapia, incubadora y carpa de oxígeno:** Sanatorio Santa Clara.
1. Nursery SIN CARGO hasta el día 8 del nacimiento. Medicamentos y descartables A CARGO DEL ABONADO. Elementos para higiene y leche maternizada (NO MEDICAMENTOSAS) utilizada durante su permanencia en nursery SIN CARGO.
  2. El recién nacido patológico (o prematuro) que deba ser internado en sala, terapia intermedia o intensiva tendrá cobertura por (08) OCHO días de: honorarios médicos (neonatólogo en sala y terapeuta en UTI) según cartilla de prestadores, unidad cama, análisis y estudios según anexos. Medicamentos y descartables e interconsulta con especialistas A CARGO DEL ABONADO. Leche maternizada (no medicamentosa) SIN CARGO.
  3. La cobertura de internaciones por patologías congénitas dependerá de la antigüedad del contrato de la madre del recién nacido (ver cobertura de enfermedades pre-existentes y congénitas).
  4. En todos los casos el recién nacido deberá ser inscripto como abonado para poder gozar de cobertura luego del alta sanatorial de su madre.
  5. Cuando el paciente es trasladado a la Unidad de Terapia intensiva o intermedia, o ingresa directamente a ella, los gastos que demanden la utilización de una habitación para los familiares o acompañantes, serán A CARGO del Abonado en su totalidad.

**c. Honorarios Médicos Clínicos/Quirúrgicos**

1. Los honorarios médicos en internaciones clínicas estarán directamente relacionados con la cantidad máxima de días de la cobertura sanatorial y será de acuerdo al Nivel en que se encuentre registrado el médico en la Lista Médica (columna internaciones)
  - Médicos Nivel A: SIN CARGO.
  - Médicos Nivel B, C y D: Co-pago informado.
2. **Cirugía general:** intervenciones quirúrgicas convencionales mayores (con excepción de las excluidas o aranceladas y según las limitaciones establecidas). La cobertura de los honorarios será la siguiente, de acuerdo al Nivel en que se encuentre registrado el médico en Lista Médica.
  - Médicos Nivel A: SIN CARGO (Columna Procedimientos).
  - Médicos Nivel B y C: Cobertura hasta los montos establecidos por la EMPRESA para médicos en Nivel A (Columna Procedimientos). Los incrementos por sobre estos serán A CARGO del Abonado.
  - Médicos Nivel D: A CARGO DEL ABONADO.
3. **Cirugías especiales:**
  - a) **En cirugías videolaparoscópicas para vesícula,** la cobertura de los honorarios será la siguiente, de acuerdo al Nivel en que se encuentre registrado el médico en Lista Médica.
    - Médicos Nivel A SIN CARGO (Columna Procedimientos).
    - Médicos Nivel B y C: Cobertura hasta los montos establecidos por la EMPRESA para médicos en Nivel A (Columna Procedimientos). Los incrementos por sobre estos serán A CARGO del Abonado.
    - Médicos Nivel D: A CARGO DEL ABONADO.
    - El equipo de Videolaparoscopia: SERA SIN CARGO EN EL SANATORIO SANTA CLARA.

- b) **En cirugía artroscópica para menisco:** El equipo de artroscopia será A CARGO DEL ABONADO y la cobertura de los honorarios será la siguiente, de acuerdo al Nivel en que se encuentre registrado el médico en Lista Médica.
  - Médicos Nivel A: 50%
  - Médicos Nivel B, C y D: A CARGO DEL ABONADO
- c) **En RTU de próstata, cataratas (Faco, Microscopio, LIO y sustancia viscolástica A CARGO DEL ABONADO), mastectomía sub-radical y cuadrantectomía:** La cobertura de los honorarios médicos será la siguiente, de acuerdo al Nivel en que se encuentre registrado el médico en Lista Médica.
  - Médicos Nivel A: 50%
  - Médicos Nivel B, C y D: A CARGO del Abonado.
- d) **Cirugías menores:** Lunares (nevus), verrugas, lipomas, quiste sebáceo, acrocordones, biopsia de piel. Serán cubiertas solo por profesionales médicos de cirugía menor dispuesto por la EMPRESA para este tipo de cirugías.
- e) **Cirugía plástica:** solo en casos de urgencias para suturas de heridas ocasionadas por accidentes o traumatismos y primera curación de urgencias en quemados con profesionales de Nivel A (Columna procedimientos/urgencias) de la Lista Médica.
- f) **En cirugía oncológica:** Los honorarios médicos tendrán cobertura del 50% de cobertura CON MEDICOS NIVEL A y solamente en el primer acto quirúrgico. Los honorarios por complicaciones y/o metástasis serán A CARGO del Abonado.
- g) **Transfusiones:** de sangre entera, plasma y concentrado de glóbulos rojos, honorarios médicos SIN CARGO hasta (8) OCHO por evento. Estudios serológicos y materiales descartables A CARGO del Abonado.
- h) **Anestesiólogo:** en concordancia con los honorarios de profesionales médicos quirúrgicos en base al arancel establecido por la Sociedad Paraguaya de Anestesiología. No incluye los casos de estudios y/o cirugías menores, salvo en menores de 10 años y por pedido expreso de su médico tratante.
- i) **Anatomía patológica no extemporánea:** una pieza simple por evento en concordancia con Cobertura de procedimientos.
- j) **Equipos y honorarios profesionales en monitoreo cardíaco intraoperatorio** A CARGO DEL ABONADO.
- k) **Gastos de traslado de profesionales al Sanatorio Santa Clara (Rx portátil, bioquímico, ecografistas)** SIN CARGO.

**d. Terapia Intensiva (Cobertura por evento)**

Cobertura SIN CARGO hasta (8) OCHO días por año de contrato, en el Sanatorio Santa Clara, para:

- a) Pensión y alimentación convencional del paciente.
- b) Honorarios de médicos y enfermeras terapistas (profesionales habilitados por el Sanatorio Santa Clara para la especialidad).
- c) Unidad cama y correspondientes equipos: respirador, monitor cardíaco, dinamap, saturómetro, bombas de infusión, bomba kangaroo p/alimentación enteral, desfibrilador (en caso de reanimación), capnógrafo, monitor hemodinámico invasivo, computadora volumen minuto, oxímetro cerebral (somanetic).
- d) Análisis simples (según ANEXO 1), incluyendo gasometría (2 por día), radiología simple (según ANEXO 2), estudios de diagnóstico especiales (según ANEXO 3), ecografías (según ANEXO 4) y estudios obstétricos (según ANEXO 5).
- e) Los honorarios profesionales de médicos interconsultores solicitados por el terapeuta, EL PACIENTE O SUS FAMILIARES SERAN A CARGO DEL ABONADO.
- f) Cuando el paciente es trasladado a la Unidad de Terapia intensiva o intermedia, o ingresa directamente a ella, los gastos que demanden la utilización de una habitación para los familiares o acompañantes, serán A CARGO del Abonado en su totalidad.
- g) **Medicamentos y Descartables:** Ver SERVICIOS SANATORIALES, numeral 4.

h) Procedimientos realizados por médicos terapistas A CARGO del Abonado.  
**Para los casos de internación de recién nacidos ver ítem b) “Maternidad”**

#### **BENEFICIOS DIFERENCIALES**

- a) Cobertura Odontológica
- b) Asistencia al Viajero
- c) Ambulancia Aérea
- d) Plan de Salud para el recién nacido (ver cobertura)
- e) Beneficios por Antigüedad

#### **BENEFICIOS OPCIONALES**

En el caso de haberse suscripto (ver GLOSARIO), el ABONADO tendrá derecho a:

#### **COBERTURA DE ALTA COMPLEJIDAD**

- a) Módulo Cardiocirugía: cirugías cardíacas, hemodinamia.
- b) Módulo Neurocirugía: neurocirugía craneana, neurocirugía vertebromedular.
- c) Módulo Internación Prolongada.
- d) Módulo Prótesis: traumatológicas, oftalmológicas, otorrinolaringológicas.
- e) Módulo Patologías Cancerosas: quimioterapia, radioterapia curativa
- f) Módulo Cirugía Vasculár: cirugía arterial periférica, cirugía venosa periférica, cirugía linfática.
- g) Módulo Traslado a Larga Distancia.
- h) Módulo Diálisis.

#### **BENEFICIOS ADICIONALES**

##### **HOGAR GERIÁTRICO**

Comunicarse al teléfono 418.0000 (RA)

#### **SERVICIOS CON ARANCELES A CARGO DEL ABONADO**

Los gastos por todo concepto (honorarios, derechos, etc.) de todas las prestaciones no específicamente mencionadas bajo otra cobertura y de las mencionadas a continuación, serán **CON ARANCELES** (establecidos especialmente para los Abonados):

- a) Todos los estudios solicitados por el ABONADO para la expedición de certificados para chequeos laborales, escolares, prácticas deportivas, clubes, radicación, visas, becas, etc. RX de torax, ECG y análisis simples tendrán cobertura en forma interna y una vez por año de contrato. La expedición del certificado médico o llenado de formularios será con cargo al abonado.
- b) Atención de enfermedades o condiciones preexistentes a la firma del contrato y/o congénitas, y/o crónicas, malformaciones, sus consecuencias y estudios de diagnósticos relacionados.
- c) Psicología, y Psiquiatría, Psicopedagogía, y afines: serán con arancel las consultas, evaluaciones, tratamientos de cualquier tipo e internaciones.
- d) Enfermedades neoplásicas: consultas, estudios, internaciones por enfermedades neoplásicas luego de confirmado el diagnóstico a excepción de la primera cirugía oncológica que tendrá cobertura SIN CARGO con médicos de Nivel A de la Lista Médica, siempre que no estén comprendidas en el ítem de Cirugías de Alta Complejidad.
- e) Estudios y Tratamientos: Cobaltoterapia, quimioterapia, radioterapia, radiumterapia, rayo láser, acelerador lineal; tratamientos dietéticos; de rehabilitación y reeducación; várices por inyección; pruebas y tratamientos de Alergias en general salvo la 1ra. Consulta)

- f) Tratamientos clínicos (consultas, estudios e internaciones), quirúrgicos o endocrinológicos con finalidades estéticos y para las alteraciones somáticas aun cuando sean necesarios debido a una lesión, deformidad o enfermedad ocurrida por primera vez estando el Abonado cubierto bajo este contrato; esto también incluye deformidades nasales o tabique nasal.
- g) Consultas y tratamientos de fonoaudiología y foniatría.
- h) Procedimientos: Litotripsia en general., conización por Asa Leep, terapéuticos endoscópicos y videoendoscópicos. procedimientos relacionados con métodos de anticoncepción, ligadura de trompa, vasectomía, colocación , extracción y control de DIU y sus consecuencias, cerclaje
- i) Cirugías: Cardiocirugías, neurocirugías incluyendo las de columna, cirugías torácicas (salvo drenaje de neumotórax traumático, NO el espontáneo), cirugías vasculares periféricas, cirugías de implante, trasplante e injertos en general. Hemodinamia (cateterismo cardíaco, angioplastia, colocación de stent) y colocación de marcapasos transitorio o definitivo. Equipos correspondientes. Cirugías de Alta Complejidad en general. cirugía de retinovitreo, Cirugía bucomaxilofacial. Cirugías videolaparoscópicas y endoscópicas que no estén incluidas bajo otra cobertura, así como también las cesáreas electivas (a pedido del paciente). Hallux valgus (juanete), microcirugías.
- j) Estudios serológicos y descartables para transfusiones, honorarios médicos en exanguíneo transfusión,
- k) sangría, autotransfusión, crioprecipitados y transfusión de plaquetas, alimentación parenteral y enteral.
- l) Epilepsia y sus consecuencias.
- m) Enfermedades de transmisión sexual.
- n) Atención domiciliaria de cualquier tipo excepto consultas clínicas o atención de emergencias.
- o) Quemaduras de 2do. y 3er. Grado, originadas en accidentes, incendios o por cualquier otra causa.
- p) Tratamiento de lesiones resultantes de participación en actividades peligrosas (ver glosario).
- q) Tratamiento de cualquier lesión o enfermedad o cualquier gasto resultante del cualquier tratamiento, servicio o suministro: Que no sea médicamente necesaria, Para un Abonado que no se encuentra bajo los cuidados de un médico, que no sea recetado por un médico.
- r) Lesiones causadas por lentes de contacto.
- s) Honorarios médicos y gastos sanatoriales de donantes.
- t) Las habitaciones con sala de espera (suites), heladera, u otro aditamento solicitado por el ABONADO.
- u) Todos los servicios que se encuentren en período de carencia.
- v) Todos los excedentes en servicios SIN CARGO.
- w) En caso de internaciones por patologías aranceladas se debe realizar un depósito previo, correspondiente al 50% del costo estimado de la internación.

#### **ENFERMEDADES O CONDICIONES PREEXISTENTES Y/O CONGENITAS**

- a) Las internaciones tendrán cobertura de habitación SIN CARGO en el Sanatorio Santa Clara, hasta 5 días por año (salvo parto o complicaciones del embarazo).
- b) La EMPRESA reconocerá el 50% de los beneficios de la cobertura de contrato para los ABONADOS con más de 5 (cinco) años de antigüedad ininterrumpida, y el 100% de los beneficios de cobertura de contrato para los ABONADOS con más de 10 (diez) años de antigüedad ininterrumpida
- c) En los casos de hernias INGUINALES y FIMOSIS, tendrán cobertura según SERVICIOS SANATORIALES, ítem a) los niños de entre 1 (un) año y 5 (cinco) años, nacidos bajo la vigencia del contrato y con antigüedad continúa.

- d) En todos los otros casos, la cobertura de las enfermedades o condiciones pre-existentes y/o congénitas será A CARGO exclusivo del Abonado.
- e) Cuando en el transcurso de la atención de un Abonado se determine que la patología que originó el tratamiento o la internación era pre-existente a su ingreso al plan, congénita o se hallaba contemplada entre las patologías aranceladas o excluidas cesará la cobertura a partir de ese momento, facturándose las prestaciones A CARGO DEL ABONADO según los aranceles fijados por la EMPRESA.

#### **BENEFICIOS PARA RECIEN NACIDOS**

- a) Los niños nacidos bajo la cobertura del contrato deberán ser inscriptos dentro de los 7 (siete) días de su nacimiento a fin de conservar igual antigüedad a la de su madre.
- b) Cuando la madre tuviera una antigüedad de tres años o más en Santa Clara, el recién nacido se incorporará al contrato de su madre con eximición del pago de las cuotas mensuales hasta su primer año de vida, mientras el contrato -o su renovación- esté en vigencia.
- c) Si la madre del recién nacido decidiera salir del contrato antes de que éste cumpla el primer año de vida, el recién nacido perderá los beneficios contemplados en los puntos citados precedentemente.
- d) Los niños nacidos de parto sin vigencia serán inscriptos como asegurados nuevos y deberán cumplir con las vigencias establecidas para el uso del servicio.

#### **EXCLUSIONES**

- a) Queda excluido del presente contrato (ver glosario) todo lo no específicamente mencionado con otra cobertura y cualquier gasto en concepto de consultas, estudios y tratamientos para los eventos que se mencionan a continuación:
  - Tratamientos de molestias y/o enfermedades infectocontagiosas y cualquiera de las enfermedades causadas por el síndrome del SIDA y/o relacionados con dicho virus.
  - Sangre y sus derivados.
  - Materiales descartables, uso de instrumentales especializados, gases anestésicos y oxígeno medicinal y sustancias de contraste.
  - Vacunas en tratamientos ambulatorios e internaciones.
  - Lentes de contacto, LIO
  - Aparatos estéticos y sus accesorios, para sustitución o complementación de función.
  - Prótesis y órtesis de cualquier naturaleza, estén o no relacionados con el acto quirúrgico. Materiales de osteosíntesis y ortopédicos.
  
  - Cirugías no éticas.
  - Aborto provocado y sus consecuencias.
  - Todo gasto no especificado como "con cobertura".
  
  - Hemodiálisis, diálisis.
  - Casos originados en calamidad, conflictos sociales, revoluciones, epidemias, hostilidad general, de guerra, insurrección, tumultos, motines.
  - Gran quemado, originado en accidentes, incendios o por cualquier otra causa.
  - Enfermedad de Alzheimer.
  - Cosmiatría, limpieza de cutis, u otros tratamientos estéticos de belleza.
  - Consultas, técnicas y procedimientos de medicina no alopática, tales como: medicina alternativa o natural, homeopática, acupunturista, etc.
  - Etilismo agudo o crónico y sus consecuencias. Abuso de tabaco.
  - Tratamientos médicos o quirúrgicos, cualquiera sea la técnica o procedimiento, realizado por técnicos o profesionales no calificado

- Enfermedades profesionales, accidentes de trabajo y accidentes in itinere.
  - Accidentes, enfermedades, lesiones y cualquier entidad mórbida provocados por actos dolosos y sus consecuencias, idem en reyertas, idem bajo la acción de drogas, estupefacientes, sicotrópicos o alcohol, idem intento de suicidio y sus secuelas, afecciones por autointoxicación y autoagresión y sus consecuencias.
  - Necropsias. Formolización.
  - Cuidados paliativos en internación o a domicilio para pacientes terminales o crónicos
  - Estudios y tratamientos por esterilidad e infertilidad de ambos sexos (o con fines de maternidad).
  - Enfermería de carácter particular, sea en el sanatorio o a domicilio, y/o en condiciones en que para el paciente se exija cuidados especiales o extraordinarios, inclusive en las emergencias.
  - Gastos de acompañante.
  - Internaciones por patologías que deban ser derivadas a centros especializados, ej.: Hospital del Quemado, Centro de Enfermedades Tropicales.
  - Eventos o condiciones de Alta Complejidad Médica.
- b) Se comprenden entre las exclusiones de los servicios de este contrato, además de las establecidas en el Literal a) precedente, las que surjan de las previsiones consignadas en las Condiciones Generales y/o Particulares del mismo.

### **VIGENCIA DE LOS SERVICIOS**

- a) **Vigencia Inmediata una vez acreditado como ABONADO:**
- Consultas médicas.
  - Ambulancia, atención domiciliaria.
  - Urgencias / emergencias (Servicio de Guardia Médica).
  - Análisis simples o de rutina (ANEXO 1).
  - Estudios radiológicos simples (ANEXO 2).
  - Electrocardiograma. (ANEXO 3).
  - Cobertura odontológica.
  - Cobertura de ambulancia aérea
  - Asistencia al viaje
  - Todos los servicios con aranceles A CARGO del Abonado.
- b) **Vigencia a los 30 días de su ingreso:**
- Análisis especiales (ANEXO 1).
  - Fisioterapia
- c) **Vigencia a los 60 días**
- Atención de casos sanatoriales agudos (no derivados de patologías aranceladas o excluidas).
  - Estudios de diagnóstico especiales (ANEXO 3).
  - Ecografías en Medicina Interna.
  - Estudios obstétricos (ANEXO 5).
- d) **Vigencia a los 150 días de su ingreso:**
- Atención de casos sanatoriales programables (clínicos y quirúrgicos mayores y menores).
  - Atención en UTI - terapia intensiva (no derivados de evento maternidad)
  - Procedimientos y tratamientos ambulatorios.
- e) **Vigencia a los 300 días de su ingreso:**
- Atención sanatorial (sala y/o UTI) de parto normal y/o quirúrgico y/o complicaciones del embarazo.

### **COBERTURA ODONTOLÓGICA**

**Sin Cargo:**

- Consultas (en horarios normales)
- Exodoncia de casos normales.
- Restauración simple con amalgama.

**Observación:** Todos los demás procedimientos odontológicos tienen cobertura con ARANCELES A CARGO DEL ABONADO en los centros y con profesionales habilitados.

### **AMBULANCIA AEREA**

El servicio está dirigido a pacientes Abonados que presenten patologías graves, cuya complejidad y urgencia justifique su derivación en un lapso mínimo de tiempo, a un centro médico apropiado para el adecuado tratamiento con el fin de procurarse evitar una discapacidad permanente o muerte del paciente.

El servicio se contempla para derivación de pacientes cuyas patologías lo justifiquen conforme a las previsiones precedentes dentro del territorio de la república del Paraguay, desde el interior del país hacia la capital.

- |                         |                                |
|-------------------------|--------------------------------|
| • Itacurubi del Rosario | • Ciudad del Este              |
| • Caaguazú              | • Lima                         |
| • San Juan B. Misiones  | • Encarnación                  |
| • Pedro J. Caballero    | • F. Rojas Silva               |
| • Gral. Aquino          | • Horqueta                     |
| • Caazapá               | • F. Gral. Díaz                |
| • San Joaquín           | • Juan E. O'leary              |
| • Bella Vista Norte     | • F. Caballero                 |
| • Friesland             | • Avalos Sánchez               |
| • Capiibary             | • Pilar                        |
| • San Juan – Ñeembucú   | • Itanará Pirapó               |
| • La Victoria – Vallemí | • Filadelfia                   |
| • Puerto Rosario        | • Tacuatí – Yute               |
| • Moisés Bertoni        | • Pozo Colorado                |
| • Pando – Yhu           | • Loma Plata                   |
| • F. Ramos Alfaro       | • Mcal. Estigarribia           |
| • Juan de Mena          | • San Alberto                  |
| • Nueva Germania        | • Newland                      |
| • Puerto Casado         | • Olimpo – Pitiantuta          |
| • Padio Pa'í Pucú       | • Ype – Hu                     |
| • Concepción            | • Natalicio – Puente Kyha      |
| • Ayolas                | • Pto. Pinasco – Tte. Martínez |
| • Itaipú – Mayor Otaño  | • Tomás Romero Pereira         |
| • Saltos del Guairá     | • F. Ayala Velásquez           |
| • Cororo-í              | • Katueté – La Paloma          |
| • Bella Vista - Sur     | • S. Carlos del Apa            |
| • Cap. Bado – Yby Ya'ú  | • Carrito Sur – Laureles       |
| • Curuguaty             |                                |

## **ASISTENCIA AL VIAJERO**

El presente instrumento, integra los Contratos de Servicios Médicos en los cuales se lo menciona específicamente, y se conforma de acuerdo a lo que seguidamente se consigna:

- Se entiende como SANTA CLARA a SANTA CLARA S.A. CENTRO MEDICO PRIVADO. Actúa como PRESTADOR la firma ASSIST-CARD PARAGUAY S.R.L., quedando a criterio de SANTA CLARA, en la oportunidad que estime menester durante la vigencia del Contrato, el reemplazo de la mencionada por otra firma operadora del rubro.
- SANTA CLARA expedirá las tarjetas para uso del servicio, previa solicitud del ABONADO con una antelación de 48hs.

### **CONDICIONES GENERALES**

Las presentes Condiciones Generales rigen los servicios a brindar por el PRESTADOR a los clientes de SANTA CLARA que sean beneficiarios del Servicio "SANTA CLARA VIAJERO".

#### **Beneficiarios del servicio:**

Serán considerados beneficiarios del servicio todos aquellos asociados designados e informados previamente en forma fehaciente por SANTA CLARA al PRESTADOR.

#### **Domicilio de los beneficiarios:**

Los beneficiarios deben tener domicilio legal y residencia habitual y permanente en la República del Paraguay, para ser acreedores a los servicios contenidos en las presentes Condiciones Generales.

#### **Vigencia y alcance de los servicios:**

Mientras el beneficiario mantenga su contrato vigente con SANTA CLARA, con un tope de 60 (sesenta días) consecutivos por viaje, no existiendo límites en cuanto a la cantidad de viajes por año, siempre y cuando la suma de los mismos no supere los 60 (sesenta) días por año calendario.

Los servicios se prestarán únicamente en los países indicados en la Nómina de Países en los que el PRESTADOR brinda servicios, y que forma parte integrante del Contrato entre SANTA CLARA y el PRESTADOR. Los gastos incurridos por asistencias en otros países que no figuren en dicha Nómina serán reintegrados, si corresponde, según los términos de las presentes Condiciones Generales.

Al quedar incorporado al sistema, el beneficiario acepta las presentes Condiciones Generales en todos sus términos.

#### **Topes de los servicios:**

Todos los servicios indicados en las presentes Condiciones Generales tendrán, además de los topes específicos indicados para los distintos servicios, un tope máximo global por todo concepto de U\$S 6.000.- por año (o el equivalente en la moneda del país en que se brinde la asistencia) independientemente de la cantidad de accidentes o enfermedades sufridos por el Beneficiario en dicho lapso.

En caso de que un mismo accidente provoque lesiones o la muerte a más de un Beneficiario, el tope máximo global de gastos por todo concepto y por todos los servicios brindados a todos los Beneficiarios afectados en dicho accidente será de U\$S 6.000.- en total.

## **I – ASISTENCIA MEDICA**

### **A. GENERALIDADES**

1. Producida una enfermedad o lesión que le imposibilite la continuación normal del viaje, el Beneficiario podrá utilizar los servicios de los profesionales y/o establecimientos sanitarios, que en el caso le sean indicados y/o proporcionados por la Central Operativa del PRESTADOR interviniente en el evento. Las enfermedades benignas y heridas leves que no imposibiliten la continuación del viaje, no darán lugar a esta asistencia.

2. el PRESTADOR se hará igualmente cargo del costo de los servicios prestados al Beneficiario por otros profesionales y/o establecimientos sanitarios, en los siguientes supuestos excepcionales:

a. Si el Beneficiario se encontrare imposibilitado de requerir la asistencia a una Central del PRESTADOR.

b. Si requerida la asistencia a la Central, no se encontrare inmediatamente disponible en el lugar de ocurrencia del evento un equipo médico perteneciente a la organización el PRESTADOR.

En tales supuestos, el Beneficiario podrá contratar los servicios médicos que resulten necesarios, cuyo costo será directamente abonado a los prestadores, en la forma y condiciones establecidas en el párrafo C de este mismo capítulo. Adelantos por gastos médicos en estas circunstancias, hechos por el Beneficiario en situaciones de emergencia exclusivamente, le serán reintegrados según incisos 8) y 10) del párrafo B.

**NOTA:** Cuando se tratare de un problema de salud cuya emergencia imposibilite la comunicación previa a la Central del PRESTADOR, el Beneficiario deberá igualmente comunicar el evento dentro de las 24 horas al teléfono del PRESTADOR en Asunción del Paraguay, indicando las causas excepcionales que le han impedido formular el correspondiente requerimiento de asistencia.

El incumplimiento de estas obligaciones -salvo el caso de fuerza mayor debidamente comprobada- provocará la automática caducidad del derecho del Beneficiario a obtener el pago directo y/o reembolso de los servicios a los prestadores contratados por el Beneficiario.

**NOTA:** A todos los efectos interpretativos de las presentes Condiciones Generales, se entenderá, cuando en las mismas se mencione el término “**ACCIDENTE**”, como el evento generativo de un daño corporal que sufre el Beneficiario causado por agentes extraños, fuera de control y en movimiento, externos, violentos y visibles, así como que la lesión o dolencia resultante se provocó directamente por tales agentes e independientemente de cualquier otra causa ajena al evento.

## **B. SERVICIOS INCLUIDOS EN EL SISTEMA DE ASISTENCIA MEDICA.**

Sin que la enunciación deba entenderse limitativa, quedan expresamente incluidos en el sistema los siguientes servicios:

1. Atención por equipos médicos de emergencia.
2. Atención por especialistas: Cuando sea indicada por el Equipo Médico del PRESTADOR.
3. Exámenes médicos complementarios: Análisis radiológicos y otros, cuando sean necesarios y autorizados por el Departamento Médico del PRESTADOR.
4. Internación Hospitalaria: Cuando sea necesaria, se efectuará en el establecimiento más indicado según la naturaleza de la herida o enfermedad del Beneficiario
5. Intervenciones quirúrgicas: Siempre que sean estrictamente necesarias y autorizadas por el Jefe del Equipo Médico del PRESTADOR.
6. Odontología: Atención de problemas odontológicos agudos provocados por accidente, que requieran un tratamiento de emergencia, hasta un tope máximo global de U\$S 150.- o su equivalente en moneda local.
7. Terapia de recuperación física (fisioterapia, kinesioterapia, quiropraxis, etc.): Se tomarán a cargo sólo hasta un máximo de 10 sesiones.
8. Suministro de medicina: Los medicamentos prescritos por el Equipo Médico u otros facultativos serán a cargo del PRESTADOR hasta un tope máximo global de U\$S 300.- o su equivalente en moneda local. Cuando la medicación del PRESTADOR no esté prontamente disponible y el Beneficiario deba hacer uso de la misma, en situaciones de emergencia, los desembolsos realizados por estos conceptos le serán reintegrados contra presentación de comprobantes fehacientes hasta el límite indicado.
9. Limitación de gastos médicos: Los gastos asumidos como obligación de abonar por parte del PRESTADOR a cada Beneficiario tienen un tope máximo global de U\$S 6.000.- o su equivalente en moneda local incluidos odontología (máximo U\$S 150.-), suministro de medicinas (máximo U\$S 300.-) y los gastos de traslados y repatriaciones sanitarias (punto II-B de las presentes Condiciones Generales).
10. Limitación de reembolsos de gastos médicos: Los gastos realizados en situaciones de emergencia serán reembolsados en las oficinas del PRESTADOR, hasta un tope máximo global de U\$S 6.000.- o su equivalente en moneda local, incluidos odontología (máximo U\$S 150.-), suministro de medicinas (máximo U\$S 300.) y los gastos de traslados y repatriaciones sanitarias (punto II-B de las presentes Condiciones Generales). Estos gastos deberán ser autorizados por el

Departamento Médico del PRESTADOR y no podrán exceder los aranceles y precios vigentes en el país en que fueron efectuados. Las tarifas y aranceles, permanente-mente actualizados se encuentran a disposición del interesado en las oficinas del PRESTADOR. Comprobantes fehacientes de gastos deberán ser presentados por el Beneficiario por estos desembolsos.

11. Reembolso de gastos médicos fuera de los países donde el PRESTADOR brinda sus servicios: La es válida para servicios sólo en los países para los cuales fue emitida. Sin embargo, en todos los países del mundo funcionará solamente el servicio de reintegro de gastos médicos exclusivamente, con los mismo límites y condiciones establecidas en el ítem 10).

### **C. PRESTACIONES CONTRATADAS DIRECTAMENTE POR EL BENEFICIARIO**

En los supuestos previstos por el ítem 2 del párrafo A de esta misma cláusula (Contratación por el Beneficiario de profesionales y/o establecimientos sanitarios no indicados por el PRESTADOR) deberán cumplirse las siguientes condiciones:

#### **1. Comunicación con el PRESTADOR**

Dentro de las 24 horas de producido el evento y antes de abandonar el lugar del mismo, el Beneficiario deberá comunicar al teléfono del PRESTADOR en Asunción del Paraguay los datos relativos al profesional y/o establecimiento sanitario contratado y -en su caso- los motivos que le han impedido formular el oportuno requerimiento de asistencia, de conformidad con lo establecido en el ítem 2 del párrafo A (Servicios prestados no indicados por el PRESTADOR).

#### **2. Autorización del PRESTADOR**

La prestación de que se trate deberá ser expresamente autorizada por el PRESTADOR y adecuarse a la naturaleza de la enfermedad o lesión sufrida y a las demás circunstancias del caso.

### **D. EXCLUSIONES**

Quedan expresamente excluidos del sistema de asistencia médica gratuita los siguientes eventos:

1. Las enfermedades crónicas o preexistentes padecidas con anterioridad al inicio del viaje - conocidas o no por el Beneficiario- así como sus agudizaciones y consecuencias. Al respecto, el PRESTADOR solamente efectuará -si a su exclusivo criterio así correspondiere- la primera consulta clínica que permita acreditar la preexistencia de la enfermedad.
2. Afecciones, enfermedades o lesiones derivadas de empresa criminal del Beneficiario, directa o indirectamente.
3. Enfermedades o lesiones resultantes de intento de suicidio o de intención de cometer suicidio o causadas intencionalmente por el Beneficiario a sí mismo.
4. Tratamiento de enfermedades o estados patológicos producidos por intencional ingestión o administración de tóxicos (droga), narcóticos, o por la utilización de medicamentos sin orden médica.
5. Enfermedades, lesiones, afecciones o consecuencias o complicaciones resultantes de tratamientos o atención dada por personas o profesionales no pertenecientes al Equipo Médico o Farmacéutico del PRESTADOR.
6. Los gastos incurridos en cualquier tipo de prótesis, incluyendo pero no limitando, lentes, audífonos, anteojos, etc.
7. Los eventos que puedan ocurrir a consecuencia de entrenamientos, práctica o participación activa en competencias deportivas (profesionales o amateurs). Además quedan expresamente excluidos los eventos que puedan ocurrir a consecuencia de la práctica de deportes peligrosos, incluyendo, pero no limitado a: motociclismo, automovilismo, boxeo, polo, ski acuático, buceo, aladeltismo, alpinismo, ski y/u otros deportes invernales fuera de pistas reglamentarias y autorizadas.
8. Viajes aéreos en aviones no destinados al transporte público.
9. Partos. Controles, exámenes y complicaciones de gestación. Abortos, cualquiera sea su etiología.
10. Cualquier tipo de enfermedad mental.

11. Afecciones, enfermedades o lesiones derivadas de la ingestión de bebidas alcohólicas de cualquier tipo.
12. Controles de tensión, hipertensión arterial y sus consecuencias.
13. Síndrome de inmunodeficiencia humana, SIDA y HIV en todas sus formas, así como sus agudizaciones, consecuencias y secuelas. Enfermedades venéreas

## **II – TRASLADOS Y GARANTIA DE VIAJE DE REGRESO**

### **A. TRASLADO DE UN FAMILIAR**

En caso de enfermedad y/o accidente grave a cuyo respecto se prevea (según el exclusivo criterio del PRESTADOR) un mínimo de diez días de internación, el PRESTADOR se hará cargo del pasaje en clase turística de un familiar del Beneficiario internado, siempre que el mismo se encuentre solo en el lugar de hospitalización, y la internación no obedezca a un evento excluido según las presentes Condiciones Generales.

La prestación de los distintos servicios enunciados precedentemente, deberá ser indicada y autorizada por los facultativos y/o establecimientos sanitarios que en cada caso designe el Departamento Médico del PRESTADOR o la persona que éste faculte al efecto.

### **B. TRASLADO EN CASO DE ENFERMEDAD O ACCIDENTE**

Si el Beneficiario se viera afectado por una enfermedad o lesión y a exclusivo juicio del PRESTADOR fuere necesario su traslado a un establecimiento médico, el PRESTADOR se hará cargo del transporte, por el medio de locomoción disponible (ambulancia, avión, automóvil u otro) hasta el establecimiento más indicado según la naturaleza de las heridas o de la enfermedad y exclusivamente dentro de los límites territoriales del país donde se encuentre el Beneficiario. Un médico o enfermera según el caso, acompañará, cuando sea necesario, al enfermo o herido. Todo traslado deberá ser autorizado por un facultativo y por el Departamento Médico del PRESTADOR. Igualmente cuando el Equipo Médico del PRESTADOR estime necesario efectuar la repatriación sanitaria del Beneficiario, y exclusivamente como consecuencia de un accidente grave (ver definición de "ACCIDENTE" en el punto I-A "Asistencia Médica" de estas Condiciones Generales), la repatriación del herido será efectuada por ambulancia terrestre o por avión de línea aérea regular, por cuenta del PRESTADOR hasta el país de residencia del Beneficiario. Este traslado deberá ser autorizado por un profesional médico y por el Departamento Médico del PRESTADOR.

### **C. GARANTIA DE VIAJE DE REGRESO**

Cuando el Beneficiario se vea afectado por una de las dos situaciones siguientes:

1. En caso de enfermedad o accidente que requiera la internación por más de diez días, o en caso de muerte de alguno de los siguientes parientes del Beneficiario: padres, cónyuges, hijos o hermanos que estuvieran domiciliados en el mismo país de residencia del Beneficiario, y que tal enfermedad, accidente internación o muerte se hubiere producido en el país de emisión de la misma, o
2. Cuando el Beneficiario, en razón de su enfermedad o accidente estuviere obligado a retrasar su regreso programado, y tal enfermedad o accidente no obedezca a causas excluidas en las presentes Condiciones Generales.

Luego de la verificación por el representante médico de la enfermedad o accidente o prueba de muerte según se indica más arriba, el PRESTADOR, a solicitud del Beneficiario, proveerá transporte aéreo en clase turista al punto original de partida, si su pasaje con fecha fija de regreso o limitada no le permitiera el retorno en fecha anterior o posterior, según el caso.

### **D. REPATRIACION EN CASO DE DEFUNCION**

Si el Beneficiario falleciera en un país donde el PRESTADOR presta asistencia, ésta se hará cargo de los gastos del transporte de los restos mortales, desde el lugar de la defunción hasta la capital del país de residencia del Beneficiario, o de la ciudad de su domicilio, a opción del PRESTADOR.

El medio de transporte es a elección de la compañía. EL PRESTADOR no se hará cargo de la repatriación funeraria ni de sus gastos en los casos de muerte producida por:

a. Narcóticos y estupefacientes.

b. Suicidio.

c. En caso de que el fallecimiento haya sido consecuencia de una enfermedad preexistente padecida por el Beneficiario, siendo el tratamiento de la misma la causa del viaje.

Cuando se haya prestado el servicio de repatriación funeraria, se deberá transferir al PRESTADOR el cupón no utilizado del boleto aéreo original, a su contra valor.

### **E. ACOMPAÑAMIENTO DE MENOR (ES)**

En caso de enfermedad y/o accidente grave de un Beneficiario viajando solo con un(os) menor(es) de hasta 15 años -y a condición que éste (éstos) sea(n) también Beneficiarios, el PRESTADOR se hará cargo del pasaje de ida y vuelta de una persona residente en el país de residencia del Beneficiario, designada por la familia, o del pasaje de un(a) acompañante del PRESTADOR para viajar con el/los menor/es hasta su domicilio en el país de residencia del Beneficiario.

### **III ASISTENCIA LEGAL Y ANTICIPO DE CAUCIONES**

#### **A. ASISTENCIA LEGAL**

En los países en que el PRESTADOR presta asistencia, a solicitud del Beneficiario, el PRESTADOR pondrá a su disposición un abogado para su defensa en cualquier proceso civil o criminal con motivo de imputársele responsabilidad por un accidente, siendo por cuenta exclusiva del Beneficiario la contratación de sus servicios profesionales así como el pago de todos los honorarios y gastos que el caso genere.

En todos los casos el abogado designado por el PRESTADOR será el agente del Beneficiario sin que se pueda reclamar al PRESTADOR responsabilidad o indemnización alguna en su contra por haber propuesto al citado profesional.

#### **B. ANTICIPO DE CAUCIONES EN CASO DE JUICIO CRIMINAL POR ACCIDENTE**

Si el Beneficiario fuera detenido por imputársele responsabilidad criminal en un accidente, podrá recurrir al PRESTADOR para obtener un préstamo a fin de afrontar la fianza que le fuera exigida para su libertad condicional.

Dicho préstamo no podrá exceder de U\$S 3.000.- o su equivalente en moneda local. Si durante el proceso el Beneficiario no asistiera a cualquier citación del tribunal, el PRESTADOR podrá exigir el reintegro inmediato del préstamo.

En cualquier caso, el Beneficiario deberá reintegrar al PRESTADOR el préstamo perentoriamente dentro de los noventa días corridos de otorgado.

### **IV – EQUIPAJES**

EL PRESTADOR registrará la información proporcionada sobre equipajes extraviados y localizados. En caso de extravío de su equipaje, el Beneficiario deberá ponerse en contacto telefónicamente con el PRESTADOR e informar su(s) domicilio(s) transitorio(s) a efectos que en caso que la Compañía transportadora notificare el hallazgo del equipaje, éste pueda serle enviado. EL PRESTADOR se exime de toda responsabilidad por equipajes extraviados y no localizados.

### **V – DISPOSICIONES GENERALES**

#### **A. SUBROGACION**

Hasta la concurrencia de las sumas desembolsadas en cumplimiento de las obligaciones emanadas de las presentes Condiciones Generales, el PRESTADOR quedará automáticamente subrogado en los derechos y acciones que pueden corresponder al Beneficiario o a sus herederos contra terceras personas físicas o jurídicas en virtud del evento ocasionante de la asistencia prestada.

Además el Beneficiario se compromete a abonar en el acto al PRESTADOR todo importe que haya recibido de parte del causante del accidente y/o de su(s) compañía(s) de seguros(s) en concepto

de adelanto(s) a cuenta de la liquidación de la indemnización final a la cual el Beneficiario tiene derecho. Ello a concurrencia de los importes a cargo del PRESTADOR en el caso ocurrido.

Sin que la enunciación deba entenderse limitativa, quedan expresamente comprendidos en la subrogación los derechos y acciones susceptibles de ser ejercitados frente a las siguientes personas:

a) Terceros responsables del accidente.

b) Empresas de transporte, en lo atinente a la restitución total o parcial- del precio de pasajes no utilizados, cuando el PRESTADOR haya tomado a su cargo el traslado del Beneficiario o de sus restos.

En consecuencia, el Beneficiario cede irrevocablemente a favor del PRESTADOR los derechos y acciones comprendidos en la presente cláusula, obligándose a llevar a cabo la totalidad de los actos jurídicos que a tal efecto resulten necesarios y a prestar toda la colaboración que le sea requerida con motivo de la subrogación acordada. De negarse a prestar colaboración o a subrogar tales derechos al PRESTADOR, esta última quedará automáticamente desobligada a abonar los gastos de asistencia originados.

## **B. JURISDICCIÓN**

Para todas las cuestiones relativas al contrato entre el Beneficiario y el PRESTADOR, ambos pactan la jurisdicción de los Tribunales Ordinarios en lo Comercial del país donde el PRESTADOR preste su asistencia con exclusión de todo otro fuero o jurisdicción, con excepción de los Estados Unidos y Canadá para los cuales se pacta únicamente la jurisdicción de los Tribunales Ordinarios en lo Comercial de la ciudad de Asunción del Paraguay, con exclusión de todo otro fuero o jurisdicción.

## **C. CASOS FORTUITOS Y DE FUERZA MAYOR**

EL PRESTADOR se exime de toda responsabilidad por casos fortuitos o de fuerza mayor incluidos: catástrofes, sismos, inundaciones, tempestades, guerra internacional o guerra civil declaradas o no, rebeliones, conmoción interior, actos de guerrilla o antiguerrilla, hostilidades, represalias, conflictos, embargos, apremios, huelgas, movimientos populares, lock-out, actos de sabotaje o terrorismo que impidan la normal prestación de sus servicios. Sin embargo, cesados los impedimentos el PRESTADOR se compromete a ejecutar dentro de los plazos más breves posibles la asistencia descrita en los anteriores incisos.

## **D. VALIDEZ TERRITORIAL**

Los servicios de SANTA CLARA VIAJERO descritos en las presentes Condiciones Generales no serán válidos a ningún efecto dentro de los límites territoriales de la República del Paraguay

## **E. VALIDEZ TEMPORARIA**

Las prestaciones detalladas en las presentes Condiciones Generales se brindarán mientras el Beneficiario mantenga vigente su contrato con SANTA CLARA, y con un máximo de 60 (sesenta días) consecutivos por viaje. A efectos de establecer este lapso de 60 días, se tomará como base las fechas de salida y regreso del Beneficiario al Paraguay.

## **F. RESPONSABILIDAD**

EL PRESTADOR no será responsable y no indemnizará al Beneficiario por cualquier daño, perjuicio, lesión o enfermedad causada por el hecho de haberle brindado al Beneficiario a su solicitud, personas o profesionales para que lo asistieran médicamente, farmacéuticamente, o legalmente.

EL PRESTADOR provee únicamente servicios cuando le son solicitados y sin cargo en las circunstancias previstas más arriba. En estos casos, la persona o personas designadas por el PRESTADOR serán tenidas como agentes del Beneficiario sin recurso de naturaleza o circunstancia alguna contra el PRESTADOR en razón de tal designación.

#### **G. PRESCRIPCIÓN**

Todas las obligaciones contractuales del PRESTADOR, emergentes de algún servicio brindado conforme a las presentes Condiciones Generales prescriben a los 180 días contados a partir de la fecha de brindado tal servicio.

## ANEXOS

### **ANEXO 1**

#### **ANÁLISIS**

**DE**

#### **LABORATORIO**

#### **Análisis de Rutina**

- Acido úrico
- Colesterol total
- Creatinina
- Eritrosedimentación
- Glicemia
- Hemograma
- Orina rutina
- Recuento de glóbulos rojos
- Recuento de glóbulos blancos
- Tipificación
- Triglicéridos
- Urea

#### **Análisis Especiales**

- 17 Beta Estradiol
- 17 Cestosteroides
- 17 Hidroxicorticoides-teroides
- Acido Fólico
- Acido Láctico
- Acido Úrico (o)
- Acido Vanil Mandélico
- Aglutininas Anti A
- Aglutininas Anti B
- Albúmina
- Aldolasa
- Amilasa (sangre y orina)
- Amonio
- ANA (Antic. Antinucleares)
- Ant. Anticitomegalovirus IgG
- Ant. Antitoxoplasma IgG
- Anti Core IgG HBC-ac (1 p/año)
- Anti Core IgM HBC-ac (1 p/año)
- Anti LA (1 p/año)
- Anti RO (1 p/año)
- Anti SM (1 p/año)
- Anti Trypanosoma IgG
- Antic. Anti DNA
- Antic. Anti HIV (1 por año)

- Antic. Anti Rubeola IgG
- Antic. Antigliadina (1 p/año)
- Antic. Antilisteria
- Antic. Antitiroglobulinas
- Antic. Antitiroideos
- Anticardiolipina IgG (1 p/año)
- Anticardiolipina IgM (1 p/año)
- Antígenos Febriles
- Artritest (Factor reumatoideo)
- Aspecto del suero
- ASTO
- Azúcares reductores (orina)
- Azúcares reductores (heces)
- Beta HCG Cualitativo
- Beta HCG Cuantitativo (1 p/año)
- Bicarbonato actual
- Bilirrubina Directa
- Bilirrubina Indirecta
- Bilirrubina Total
- Bilis, cultivo y ATB
- C3 - C4
- Calcio (sangre y orina)
- Calcio iónico
- Campylobacter, cultivo y ATB
- Células L.E.
- Cetonemia
- Cetonuria
- Chagas - Ac IgG
- Chlamydias Ac. IgG
- Chlamydias orina
- Chlamydias sec. Conjuntival
- Chlamydias sec. Genital
- Cim
- Citomegalovirus col. Giemsa
- CK-MB
- CK Total
- Clearance de Creatinina
- Clearance de Urea
- Cloruros (sangre y orina)
- Cloruros L.C.R.
- Coagulograma
- Colinesterasa
- Coloración con tinta china
- Coloración de Giemsa
- Coloración de Gram
- Coloración de Ziehl-Neelsen
- Coombs Directo
- Coombs Indirecto
- Coprocultivo
- Coproporfirinas
- Cortisol (1 p/año)
- Cortisol AM (1 p/año)
- Cortisol PM (1 p/año)
- Cortisol urinario (1 p/año)
- Creatinina(o)
- Crioaglutininas
- Crioglobulinas
- Criptococcus
- Cuerpos cetónicos
- Cultivo de punta de catéter
- Cultivo para Aerobiosis
- Cultivo para Anaerobiosis
- Cultivo para Gérmenes Comunes
- Cultivo para Hongos de Biopsia
- Cultivo para BAAR
- Cultivo para Campylobacter
- Cultivo para Hongos
- Curva de Glicemia 3 horas
- Curva de Glicemia 4 horas
- Curva de Glicemia 5 horas
- Curva de Glicemia (embarazo)
- Dehidrostestosterona (DHEA)
- Detección de cristales
- DEA sulfato (DEA-SO4)
- Digoxina (1 p/año)
- EBV-VCA IgG (1 p/año)
- EBV-VCA IgM (1 p/año)

- Electroforesis de hemoglobina
- Electroforesis de lipoproteínas
- Electroforesis de proteínas
- Electroforesis de proteínas LCR
- Electrolitos (NA, CL, K)
- Electrolitos (o)
- Enzimas Cardíacas
- Eritrosedimentación
- Esperma, Cultivo y ATB
- Esputo, Cultivo y ATB
- Esputo, Coloración de Ziehl
- Esputo, Cultivo para Eosinófilos-Mastocitos
- Esputo, Cultivo para BAAR
- Esputo, Cultivo para Gérmenes Comunes
- Esputo, Frotis
- Estudio Capilar Invest. Hongos
- Examen en Fresco
- Fenil Alanina
- Ferritina
- Fibrinógeno
- Fibrinólisis
- Fórmula Leucocitaria
- Fosfatasa Acida Total
- Fosfatasa Alcalina
- Fosfolípidos
- Fósforo (sangre y orina)
- Fragilidad de los hematíes
- Frotis de sangre periférica
- FSH (1 p/año)
- FT3 (T3 libre) (1 p/año)
- FT4 (T4 libre) (1 p/año)
- FTA-ABS en L.C.R. (1 p/año)
- FTA-ABS IgG (1 p/año)
- FTA-ABS IgM (1 p/año)
- FTI (1 p/año)
- Gamma GT
- Gases arteriales
- Gasometría venosa
- Glicemia (o)
- Glicemia Pre y Post-Prandial
- GOT -GPT
- Gravindex
- Guayaco
- HAV IgG
- HAV IgM
- HBE-Ac
- HBS-Ac
- HBS-Ag (Antígeno de Superficie)
- HCV – Hepatitis C
- HDL colesterol
- Heces Benedict
- Heces, Examen Parasitológico
- Heces, Hongos
- Heces, Ex. Parasitológico Seriado
- Heces, Flora Microbiana
- Heces Frotis
- Heces, Microscopía Funcional
- Hematocrito
- Hemocultivo c/muestra
- Hemocultivo en Aerobiosis
- Hemocultivo en Anaerobiosis
- Hemoglobina
- Hemoglobina glicosilada (1 p/año)
- Hemoparásitos (gota gruesa)
- Hemoparásitos, observación directa
- Hepatitis C
- Herpes en sec. Genital
- Herpes- tipo I – IgG
- Herpes –tipo I - IgM
- Hierro % saturación
- Hierro Sérico
- Hongos, Cultivo e Identificación
- Hongos, Examen en Fresco
- Identificación de Parásitos
- IGA
- IGA secretoria
- IGG - IGM
- Indices de riesgo
- Indices Hematimetricos
- Látex en líquidos biológicos
- Lavado Broncoalveolar cultivo
- Lavado Broncoalveolar para hongos
- Lavado Broncoalveolar para BAAR
- LCR, Citoquímico
- LCR, Cultivo y ATB
- LCR, Cultivo para BAAR
- LCR, Cultivo para hongos
- LDH
- LDL Colesterol
- Lavado Gástrico Parásitos
- Lesión de piel, cultivo para hongos
- Lesión de piel, hongos ex Direc
- Lesión de uñas, cultivo para hongos
- Lesión Genital, Campo Oscuro
- Lesión Genital, Coloración de Gramm
- Lesión Genital, Coloración de Fontana
- LH (1 p/ año)
- Linfa Cutánea, Color. de Ziehl
- Lipasa
- Lípidos Totales
- Líquido Amniótico, Cult. yATB
- Líquido Articular, Cult. y ATB
- Líquido Articular, Cristales
- Líquido Articular, Citoquímico
- Líquido Ascítico, Cult. y ATB
- Líquido Ascítico, Anaerobios
- Líquido Ascítico, Cultivo para Hongos
- Líquidos (otros), Citoquímico
- Líquido Duodenal

- Líquido Gástrico, Cult. y ATB
- Líquido Gastroduodenal, Parásitos
- Líquido Peritoneal, Cult. y ATB
- Líquido Pleural, Citoquímico
- Líquido Pleural, Cultivo y ATB
- Líquido Pleural, Hongos
- Litio
- Magnesio (sangre y orina)
- Magnesio Eritrocitario
- Microalbuminuria
- Monotest
- Mucoproteínas
- Mycoplasma, cultivo e identific. en orina
- Orina, cultivo
- Oxiurus
- PAP (Fosfatasa ácida prostática)
- PAS (antígeno prostático específico) (1 p/ año)
- PCR (Proteína C reactiva)
- PCR Cuantitativa
- PDF
- Péptido C en ayunas
- Perfil de Coagulación – Coagulograma
- Perfil Hepático – Hepatograma
- Perfil Lipídico – Lipidograma
- Perfil renal
- Ph
- Plaquetas
- Plasma Seminal, Bioquímica
- Porfobilinógeno
- Potasio
- Potasio(o)
- PPD
- Progesterona (1 p/ año)
- Prolactina (1 p/ año)
- Proteínas de Bence Jones
- Proteínas Totales
- Proteínas Totales (o)
- Proteínas Totales A/G
- Protoporfirinas
- Prueba del Lazo
- Prueba de tolerancia a la lactosa
- PTH (1 p/ año)
- Raspado de lengua, hongos
- Reacción de Hudleson
- Reacción de Paul Bunnell
- Reacción de Waaler Rose
- Reacción de Widal
- Recuento de Dais
- Reacción de Hamburguer
- Reticulocitos
- Retracción del Coágulo
- Rotavirus
- Sangre Oculta o Guayaco
- Secreción Bucal, Cultivo
- Secr. Conjuntival, Cult y ATB
- Secr. Endocervical, Cult y ATB
- Secreción Faríngea, Frotis
- Secr. Faríngea, Cultivo y ATB
- Secreción Nasal, Citología
- Secr. Nasal, Cultivo y ATB
- Secr. Orica, Cultivo y ATB
- Secr. Prostática, Frotis
- Secr. Purulenta, Cultivo y ATB
- Secr. Traqueal, Cultivo y ATB
- Secr. Uretral, Cultivo y ATB
- Secreción Uretral, Frotis
- Secr. Vaginal, Cultivo y ATB
- Secr. Vaginal, Fresco y Gram
- Secreción Vaginal, Frotis
- Secreción Vaginal, Ph
- Secr. vulvo vag., Cult y ATB
- Sodio
- Sodio(o)
- Streptococcus Grupo A
- Streptococcus Grupo B
- Streptozima
- Sustancias reductoras
- T3 - T4
- T3 Uptake
- Test de O'Sullivan
- Testosterona libre (1 p/año)
- Testosterona total (1 p/año)
- Tiempo de Coagulación
- Tiempo de Protrombina (TP)
- Tiempo de Recalcificación
- Tiempo de Sangría
- Timol
- Time test
- Tipificación
- Tiroglobulina
- Transferrina
- Troponina T (1 p/año)
- TSH (1 p/año)
- TTPA
- Ulcera genital, Cultivo y ATB
- Urea (en orina)
- Ureplasma (en orina)
- Urobilina
- Urobilinógeno
- VDRL Cualitativo
- VDRL Cuantitativo
- VDRL en LCR
- Virocitos
- VLDL Colesterol

**Observación:**

Los Análisis realizados por Hematólogos serán A CARGO DEL ABONADO. Test del piccito y Deoxipiridinolina con Arancel Preferencial A CARGO DEL ABONADO.

ANEXO 2

**ESTUDIOS PARA DIAGNOSTICO**

**Radiología Simple**

- Abdomen simple
- Abdomen hasta 2 posiciones
- Antebrazo hasta 2 posiciones
- Apéndice
- Arbol urinario simple
- Brazo hasta 2 posiciones
- Cadera
- Cara
- Cavum
- Clavícula
- Codo hasta 2 posiciones
- Columna Cervical hasta 4 P.
- Columna Dorsal hasta 4 P.
- Columna Lumbar hasta 4 P.
- Columna panorámica
- Costillas 1 P.
- Cráneo hasta 4 P.
- Cráneo para ortodoncia (sin cálculo cefalométrico)
- Dedo 2 posiciones
- Dental
- Dental oclusal
- Dental seriada
- Dental semiseriada
- Embarazo
- Fémur
- Hombro hasta 2 P.
- Húmero
- Mano hasta 3 P.
- Mastoides hasta 3 P.
- Maxilar hasta 2 P.
- Muñeca hasta 2 P.
- Muslo
- Orbita hasta 2 P.
- Pelvis hasta 2 P.
- Pie hasta 2 P.
- Pierna hasta 2 P.
- Riñón Simple.
- Rodilla hasta 2 P.
- Sacro-coxis hasta 2 P.

- Sacroiliaco hasta 2 P.
- Senos faciales
- Senos Paranasales
- Tobillo hasta 2 P.
- Tórax hasta 2 P.

ANEXO 3

**ESTUDIOS PARA DIAGNOSTICO**

La cobertura se limita a 20 estudios de diagnósticos en total por Abonado y por año de Contrato.

Los medicamentos, materiales descartables y contrastes utilizados en estudios y el uso del equipo de video serán A CARGO del Abonado.

***Estudios Radiológicos***

***Especiales***

- Anoscopia
- Audiometría
- Broncografía
- Campo Visual
- Cistoscopia
- Cistografía
- Colangiografía Operatoria
- Colangiografía Oral
- Colecistografía Oral
- Colon Contrastado
- Colon Doble Contraste
- Colon por Ingestión
- Colonoscopia
- Densitometría ósea ( 1 por año por grupo fliar.)
- Ecocardiograma c/Doppler B-D
- Electrocardiograma
- Electroencefalograma
- Endoscopia Digestiva Alta
- Ergometría
- Esófago, estomago y duodeno
- Espirometría basal
- Impedanciometría
- Intestino delgado
- Mamografía Bilateral

- Ortopantomografía
- Papanicolau y Colposcopia
- Pielografía Ascendente
- Pielografía Descendente
- Punciones: mamas, tiroides, medula, articular lumbar y pleural evacuadora
- Rectosigmoideoscopia
- Sialografía Bilateral
- Tomografía axial computarizada convencional (3 p/año de contrato p/ Abonado)
- Uretrocistografía
- Urograma de Excreción

**Observación:** Las Tomografías helicoidales, con reconstrucción, de alta resolución y para guía de punciones serán CON ARANCELES PREFERENCIALES A CARGO AL ABONAD



ANEXO 4

**ECOGRAFIAS DE MEDICINA INTERNA**

**Ecografías en general:** hasta 5 (cinco) por año por abonado. Excepto las ecografías intraca- vitarias y ecografía que serán A CARGO del Abonado.

ANEXO 5

**ESTUDIOS OBSTETRICOS**

Se contemplan 5 (cinco) estudios en total por embarazo, (diez en caso de gemelar) entre ecografías obstétricas, morfológicas, perfil biofísico fetal y monitoreo fetal. Excepto las ecografías tridimensionales que serán A CARGO del Abonado.

\*\*\*\*\*

.....  
**MAX HABER**

Presidente

Centro De Importadores Del Paraguay

.....  
**CARLOS MARIA ALBERT**

Presidente

Centro Médico Privado  
Santa Clara S.A

.....  
**PEDRO PEYRAT**

Secretario

Centro De Importadores Del Paraguay

<b>CUOTA MENSUAL</b> <b>(IVA incluido)</b>
---

- |  |           |
|--|-----------|
| • Titular único  | 105.000.- |
| • Grupo familiar<br>(titular, cónyuge, hasta 2 hijos - de 20 años) | 186.200.- |
| • Matrimonio s/ hijos  | 140.000.- |
| • Cada hijo después de 2 (- 20 años)                               | 66.500.-  |
| • Adherentes de entre 20 a 50 años                                 | 95.000.-  |
| • Adherentes de entre 51 y 60 años                                 | 150.000.- |
| • Adherentes de entre 61 y 69 años                                 | 250.000.- |

Maternidad para el titular o cónyuge del titular.  
Adherentes incluye: padres, hermanos, suegros, etc. del titular.



## PLAN ESPECIAL CENTRO DE IMPORTADORES DEL PARAGUAY – C.I.P.

### ANEXO 6: “ALIANZA ESTRATÉGICA”

#### GLOSARIO DE TÉRMINOS CONTRACTUALES

**URGENCIAS:** Se consideran como tales a aquellas situaciones en las que el paciente requiere una inmediata atención sin que sea inminente el riesgo de perder la vida.

**EMERGENCIAS:** Son condiciones médicas que se manifiestan por signos o síntomas agudos que pueden razonablemente resultar en peligro inmediato para la vida o la integridad del corporal del paciente.

**EMPRESA:** El término EMPRESA se refiere a **SANTA CLARA S.A** y el **CENTRO DE IMPORTADORES DEL PARAGUAY- C.I.P.** sito en la calle Brasilia Nro. 1.947 cuyo Presidente es el Ing. Max Haber y el Secretario Don Pedro Peyrat.

**SERVICIOS SIN CARGO:** Se refiere a los servicios a los cuales el asociado tiene derecho a acceder sin pago de aranceles. Significa que la EMPRESA asume el total del costo de la prestación.

**EXCLUSIONES:** se refiere a las prestaciones, materiales y servicios no cubiertos por la EMPRESA y cuyo costo queda íntegramente a cargo del paciente.

#### SERVICIOS SIN CARGO

Atención de urgencias.

Otras prestaciones citadas mas abajo.

#### SERVICIOS CUBIERTOS POR SANTA CLARA

1. Consulta con médicos de urgencia.
2. Vacunas, las proveídas por el Ministerio de Salud.
3. Aplicación de vacunas.(descartables a cargo del abonado)
4. Toma de presión.
5. Aplicación de inyectables.(descartables a cargo del abonado)

#### SERVICIO CON ARANCEL PREFERENCIAL

1. Consulta con especialistas.
2. Análisis.
3. Estudios especializados y otros.

#### Condiciones generales:

1. El servicio será prestado a aquellos clientes de Centro de Importadores del Paraguay que acudan al Sanatorio Santa Clara para la atención..
2. Para la utilización del servicio se requerirá la presentación de los documentos personales.
3. Acompaña la Alianza Estratégica un plan de Cobertura Médica, que puede ser contratada por las Empresas o personas integrantes del Centro de Importadores del Paraguay, con responsabilidad de las mismas con Santa Clara S.A. para los términos del contrato. (ver cobertura médica)
4. Presencia de marcas de Santa Clara en eventos, boletines electrónicos, revistas etc. del Centro de Importadores del Paraguay.



**Exclusiones**

1. Accidentes, lesiones o cualquier entidad mórbida provocados por actos dolosos y sus consecuencias ídem de reyertas, ídem bajo la acción de drogas, estupefacientes, psicotrópicos o alcohol,
2. Todo lo no enumerado en el ítem “Servicios sin Cargo” o lo que no se ajusta a las condiciones generales.

#####

*Sanatorio de Alta Complejidad*



*y máxima seguridad*

*La mayor y la más amplia  
cobertura Médico-Sanatorial*

**G. Rodríguez de Francia y Parapití**  
**Tel.: 449 821 / 491 943 (R.A.)**

**[cmedico@santaclara.com.py](mailto:cmedico@santaclara.com.py)**