

**PLIEGO DE BASES Y CONDICIONES**

---

Convocante:  
**Congreso Nacional (C.N.)**  
**Uoc Congreso Nacional**

Nombre de la Licitación:  
**SEGURO MÉDICO PARA FUNCIONARIOS**  
(versión 3)

ID de Licitación:  
**406401**



Modalidad:  
**Licitación Pública Nacional**

Publicado el:  
**07/07/2022**

*"Pliego para la Adquisición de Bienes y/o Servicios - SBE"*  
*Versión 1*

# RESUMEN DEL LLAMADO

## Datos de la Convocatoria

|                         |                          |                          |   |
|-------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| ID de Licitación:       | 406401                   | Nombre de la Licitación: | Seguro médico para funcionarios   |
| Convocante:             | Congreso Nacional (C.N.) | Categoría:               | 17 - Equipos, Productos e instrumentales Médicos y de Laboratorio. Servicios asistenciales de salud |
| Unidad de Contratación: | Uoc Congreso Nacional    | Tipo de Procedimiento:   | LPN - Licitación Pública Nacional   |

## Etapas y Plazos

|                                |   |                               |                  |
|--------------------------------|---|-------------------------------|------------------|
| Lugar para Realizar Consultas: | Consultas Virtuales a traves del portal                                       | Fecha Límite de Consultas:    | 11/07/2022 11:00 |
| Lugar de Entrega de Ofertas:   | UOC CONGRESO AVDA REPUBLICA ENTRE RIO YPANE Y RIO JEJUI EX CASA DE LA CULTURA | Fecha de Entrega de Ofertas:  | 20/07/2022 10:00 |
| Lugar de Apertura de Ofertas:  | UOC CONGRESO AVDA REPUBLICA ENTRE RIO YPANE Y RIO JEJUI EX CASA DE LA CULTURA | Fecha de Apertura de Ofertas: | 20/07/2022 10:30 |

## Adjudicación y Contrato

|                          |  |           |                         |
|--------------------------|--|-----------|-------------------------|
| Sistema de Adjudicación: | Por Total  | Anticipo: | No se otorgará anticipo |
| Vigencia del Contrato:   | Los contratos abiertos definen su fecha de vigencia en el pliego |           |                         |

## Datos del Contacto

|           |                              |                     |                             |
|-----------|------------------------------|---------------------|-----------------------------|
| Nombre:   | ANHALIA BRITEZ BRITEZ APONTE | Cargo:              | DIRECTORA                   |
| Teléfono: | 4145851                      | Correo Electrónico: | secretariauoc@senado.gov.py |

# ADENDA

## Adenda

Las modificaciones al presente procedimiento de contratación son los indicados a continuación:

### ADDENDUM

La Unidad Operativa de Contrataciones, amparada en lo que dispone el Artículo 22° de la Ley 2051/03 y el Artículo 43 del Decreto N° 2992/19 que reglamenta la Ley 2051/03, en el marco de la LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL N° N° 04/2022 (plurianual) para la SEGURO MÉDICO PARA FUNCIONARIOS Ad Referéndum con ID N° 406401, procede a introducir las siguientes modificaciones:

- a. En la Sección Detalles de los productos y/o servicios con las respectivas especificaciones técnicas CPS. (**cobertura 1 y cobertura 2**). Según corresponda en los puntos de:

1. BENEFICIARIOS DIRECTOS
2. BENEFICIARIOS ADHERENTES
3. ESPECIALIDADES CUBIERTAS
4. TERAPIA INTENSIVA
5. OTROS SERVICIOS CUBIERTOS INTEGRALMENTE
6. COBERTURA COVID -19
7. ANEXO ESTUDIOS LABORATORIALES

- b. En el SICP se modifica la fecha de Consultas, Respuesta, Inicio y Fin de Propuestas, Inicio de Etapa Competitiva, Entrega y Apertura de Ofertas.

Se detectaron modificaciones en las siguientes cláusulas:

Sección: Suministros requeridos - especificaciones técnicas

- Detalles de los productos y/o servicios con las respectivas especificaciones técnicas - CPS

Se puede realizar una comparación de esta versión del pliego con la versión anterior en el siguiente enlace:  
<https://www.contrataciones.gov.py/licitaciones/convocatoria/406401-seguro-medico-funcionarios-1/pliego/3/diferencias/2.html?seccion=adenda>

La adenda es el documento emitido por la convocante, mediante la cual se modifican aspectos establecidos en la convocatoria y/o en las bases de la licitación o en los contratos suscriptos. La adenda será considerada parte integrante del documento cuyo contenido modifique.

# DATOS DE LA LICITACIÓN

Los Datos de la Licitación constituye la información proporcionada por la convocante para establecer las condiciones a considerar del proceso particular, y que sirvan de base para la elaboración de las ofertas por parte de los potenciales oferentes.

## Contratación Pública Sostenible - CPS

Las compras públicas juegan un papel fundamental en el desarrollo sostenible, así como en la promoción de estilos de vida sostenibles.

El Estado, por medio de las actividades de compra de bienes y servicios sostenibles, busca incentivar la generación de nuevos emprendimientos, modelos de negocios innovadores y el consumo sostenible. La introducción de criterios y especificaciones técnicas con consideraciones sociales, ambientales y económicas tiene como fin contribuir con el Desarrollo Sostenible en sus tres dimensiones.

El símbolo “CPS” en este pliego de bases y condiciones, es utilizado para indicar criterios o especificaciones sostenibles.

Criterios sociales y económicos:

- Los oferentes deberán indicar bajo declaración jurada el pago del salario mínimo a sus colaboradores, además de garantizar la no contratación de menores.
- Los oferentes deberán dar cumplimiento a las disposiciones legales vigentes asegurando a los trabajadores dependientes condiciones de trabajo dignas y justas en lo referente al salario, cargas sociales, provisión de uniformes, provisión de equipos de protección individual, bonificación familiar, jornada laboral, asegurar condiciones especiales a trabajadores expuestos a trabajos insalubres y peligrosos, remuneración por jornada nocturna.
- Las deducciones al salario, anticipos y préstamos a los trabajadores no podrán exceder los límites legales. Los términos y condiciones relacionados a los mismos deberán comunicarse de manera clara, para que los trabajadores los entiendan.
- Los oferentes adjudicados deberán fomentar en la medida de lo posible, la creación de empleo local y el uso de suministros locales.

Criterios ambientales:

- El oferente adjudicado deberá utilizar en la medida de lo posible, insumos cuyo embalaje pueda ser reutilizado o reciclado.
- El oferente adjudicado deberá cumplir con los lineamientos ambientales, incluidos en el ordenamiento jurídico o dictado por la institución, tales como: cooperación en acciones de recolección, separación de residuos sólidos, disposición adecuada de los residuos, participación del personal en actividades de capacitación impartidas por la institución, entre otros.
- El oferente adjudicado deberá asegurar que todos los residuos generados por sus actividades sean adecuadamente gestionados (identificados, segregados y destinados) y buscar su reducción o eliminación en la fuente, por medio de prácticas como la modificación de los procesos de producción, manutención y de las instalaciones utilizadas, además de la sustitución, conservación, reciclaje o reutilización de materiales.

Conducta empresarial responsable:

Los oferentes deberán observar los más altos niveles de integridad, así como altos estándares de conducta de negocios, ya sea durante el procedimiento de licitación o la ejecución de un contrato. Asimismo, se comprometen a:

- No ofrecer, prometer, dar ni solicitar, directa o indirectamente, pagos ilícitos u otras ventajas indebidas para obtener o conservar un contrato u otra ventaja ilegítima.
- No ofrecer, prometer o conceder ventajas indebidas, pecuniarias o de otro tipo a funcionarios públicos. Tampoco deberán solicitar, recibir o aceptar ventajas indebidas, pecuniarias o de otro tipo, de funcionarios públicos o empleados de sus socios comerciales.
- Introducir políticas y programas contra la corrupción e implementarlas dentro de sus operaciones.
- Garantizar que todos los recursos a ser empleados en la ejecución de un contrato público sean de origen lícito.
- Garantizar que los fondos obtenidos de una licitación pública no sean destinados a fines ilícitos.

---

## **Difusión de los documentos de la licitación**

Todos los datos y documentos de esta licitación deben ser obtenidos directamente del Sistema de Información de Contrataciones Públicas (SICP). Es responsabilidad del oferente examinar todos los documentos y la información de la licitación que obre en el mismo.

---

## **Aclaración de los documentos de la licitación**

Todo oferente potencial que necesite alguna aclaración del pliego de bases y condiciones podrá solicitarla a la convocante. El medio por el cual se recibirán las consultas es el Sistema de Información de Contrataciones Públicas (SICP), y/o si es el caso, en la Junta de Aclaraciones que se realice en la fecha, hora y dirección indicados por la convocante.

La convocante responderá por escrito a toda solicitud de aclaración del PBC que reciba dentro del plazo establecido que se derive de la Junta de Aclaraciones.

La convocante publicará su respuesta incluida una explicación de la consulta, pero sin indentificar su procedencia, a través del SICP, dentro del plazo tope.

La inasistencia a la Junta de Aclaraciones no será motivo de descalificación de la oferta.

La convocante podrá optar por responder las consultas en la Junta de Aclaraciones o podrá diferirlas, para que sean respondidas conforme con los plazos de respuestas o emisión de adendas. En todos los casos se deberá levantar acta circunstanciada.

---

## **Documentos de la oferta**

El pliego, sus adendas y aclaraciones no forman parte de la oferta, por lo que no se exigirá la presentación de copias de los mismos con la oferta.

Los oferentes inscriptos en el Sistema de Información de Proveedores del Estado (SIPE) de la DNCP, podrán presentar con su oferta, la constancia firmada emitida a través del SIPE, que reemplazará a los documentos solicitados por la convocante en el presente pliego.

Los oferentes deberán indicar en su oferta, qué documentos que forman parte de la misma son de carácter confidencial e invocar la norma que ampara dicha reserva, para así dar cumplimiento a lo estipulado en la Ley N° 5282/14 "DE LIBRE ACCESO CIUDADANO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA Y TRANSPARENCIA GUBERNAMENTAL". Si el oferente no hace pronunciamiento expreso amparado en la Ley, se entenderá que toda su oferta y documentación es pública.

---

## **Oferentes en consorcio**

Dos o más interesados que no se encuentren comprendidos en las inhabilidades para presentar ofertas o contratar, podrán unirse temporalmente para presentar una oferta sin crear una persona jurídica.

Para ello deberán presentar escritura pública de constitución del consorcio o un acuerdo con el compromiso de formalizar el consorcio por escritura pública en caso de resultar adjudicados, antes de la firma del contrato.

Los integrantes de un consorcio no podrán presentar ofertas individuales ni conformar más de un consorcio en un mismo lote o ítem, lo que no impide que puedan presentarse individualmente o conformar otro consorcio que participe en diferentes partidas.

## **Aclaración de las ofertas**

Con el objeto de facilitar el proceso de revisión, evaluación, comparación y posterior calificación de ofertas, el Comité de Evaluación solicitará a los oferentes, aclaraciones respecto de sus ofertas, dichas solicitudes y las respuestas de los oferentes se realizarán por escrito.

A los efectos de confirmar la información o documentación suministrada por el oferente, el Comité de Evaluación, podrá solicitar aclaraciones a cualquier fuente pública o privada de información.

Las aclaraciones de los oferentes que no sean en respuesta a aquellas solicitadas por la convocante, no serán consideradas.

No se solicitará, ofrecerá, ni permitirá ninguna modificación a los precios ni a la sustancia de la oferta, excepto para confirmar la corrección de errores aritméticos.

## **Disconformidad, errores y omisiones**

Siempre y cuando una oferta se ajuste sustancialmente al pliego de bases y condiciones, el comité de evaluación, requerirá que cualquier disconformidad u omisión que no constituya una desviación significativa, sea subsanada en cuanto a la información o documentación que permita al comité de evaluación realizar la calificación de la oferta.

A tal efecto, el comité de evaluación emplazará por escrito al oferente a que presente la información o documentación necesaria, dentro de un plazo razonable establecido por el mismo, bajo apercibimiento de rechazo de la oferta. El comité de evaluación podrá reiterar el pedido cuando la respuesta no resulte satisfactoria, toda vez que no se viole el principio de igualdad.

Con la condición de que la oferta cumpla sustancialmente con los Documentos de la Licitación, la convocante corregirá errores aritméticos de la siguiente manera y notificará al oferente para su aceptación:

1. Si hay una discrepancia entre un precio unitario y el precio total obtenido al multiplicar ese precio unitario por las cantidades correspondientes, prevalecerá el precio total y el precio unitario será corregido.
2. Los precios subtotales podrán ser corregidos siempre que se mantenga inalterable el precio total obtenido en la SBE.
3. En ambos casos, los precios unitarios modificados no podrán ser superiores a los precios unitarios iniciales que figuran en el Acta de Sesión Pública Virtual de la SBE.
4. En caso de que el oferente haya cotizado su precio en guaraníes con décimos y céntimos, la convocante procederá a realizar el redondeo hacia abajo, aún cuando el resultado varíe del precio total que se encuentra en el Acta de Sesión Pública Virtual de la SBE como precio final.
5. Si hay una discrepancia entre palabras y cifras, prevalecerá el monto expresado en palabras a menos que la cantidad expresada en palabras corresponda a un error aritmético, en cuyo caso prevalecerán las cantidades en cifras de conformidad con los párrafos (1) y (2) mencionados.

---

## Idioma de la oferta

La oferta deberá ser presentada en idioma castellano o en su defecto acompañado de su traducción oficial, realizada por un traductor público matriculado en la República del Paraguay.

La convocante permitirá con la oferta, la presentación de catálogos, anexos técnicos o folletos en idioma distinto al castellano y sin traducción:

No Aplica

---

## Idioma del contrato

El contrato, así como toda la correspondencia y documentos relativos al contrato, deberán ser escritos en idioma castellano. Los documentos de sustento y material impreso que formen parte del contrato, pueden estar redactados en otro idioma siempre que estén acompañados de una traducción realizada por traductor matriculado en la República del Paraguay, en sus partes pertinentes al idioma castellano y, en tal caso, dicha traducción prevalecerá para efectos de interpretación del contrato.

El proveedor correrá con todos los costos relativos a las traducciones, así como todos los riesgos derivados de la exactitud de dicha traducción.

---

## Moneda de la oferta y pago

La moneda de la oferta y pago será:

En Guaraníes para todos los oferentes

La cotización en moneda diferente de la indicada en este apartado será causal de rechazo de la oferta. Si la oferta seleccionada es en guaraníes, la oferta se deberá expresar en números enteros, no se aceptarán cotizaciones en décimos y céntimos.

---

## Visita al sitio de ejecución del contrato

La convocante dispone la realización de una visita al sitio con las siguientes indicaciones:

No Aplica

Al culminar la o las visitas, se labrará acta en la cual conste, la fecha, lugar y hora de realización, en la cual se identifique el nombre de las personas que asistieron en calidad de potenciales oferentes, así como del funcionario encargado de dicho acto.

Los gastos relacionados con dicha visita correrán por cuenta del oferente.

Cuando la convocante haya establecido que no será requisito de participación, el oferente podrá declarar bajo fe de juramento conocer el sitio y que cuenta con la información suficiente para preparar la oferta y ejecutar el contrato.

---

## **Precio y formulario de la oferta**

El oferente indicará el precio total de su oferta y los precios unitarios de los bienes que se propone suministrar, utilizando para ello el formulario de oferta y lista de precios, disponibles para su descarga a través del SICP, formando ambos un único documento.

1. Para la cotización el oferente deberá ajustarse a los requerimientos que se indican a continuación:

a) El precio cotizado deberá ser el mejor precio posible, considerando que en la oferta no se aceptará la inclusión de descuentos de ningún tipo.

b) En el caso del sistema de adjudicación por la totalidad de los bienes requeridos, el oferente deberá cotizar en la lista de precios todos los ítems, con sus precios unitarios y totales correspondientes.

c) En el caso del sistema de adjudicación por lotes, el oferente cotizará en la lista de precios uno o más lotes, e indicará todos los ítems del lote ofertado con sus precios unitarios y totales correspondientes. En caso de no cotizar uno o más lotes, los lotes no cotizados no requieren ser incorporados a la planilla de precios.

d) En el caso del sistema de adjudicación por ítems, el oferente podrá ofertar por uno o más ítems, en cuyo caso deberá cotizar el precio unitario y total de cada uno o más ítems, los ítems no cotizados no requieren ser incorporados a la planilla de precios.

2. En caso de que se establezca en las bases y condiciones, los precios indicados en la lista de precios serán consignados separadamente de la siguiente manera:

- El precio de bienes cotizados, incluidos todos los derechos de aduana, los impuestos al valor agregado o de otro tipo pagados o por pagar sobre los componentes y materia prima utilizada en la fabricación o ensamblaje de los bienes;
- Todo impuesto al valor agregado u otro tipo de impuesto que obligue la República del Paraguay a pagar sobre los bienes en caso de ser adjudicado el contrato; y
- El precio de otros servicios conexos (incluyendo su impuesto al valor agregado), si los hubiere, enumerados en los datos de la licitación.

3. En caso de indicarse en el SICP, que se utilizará la modalidad de contrato abierto, cuando se realice por montos mínimos y máximos deberán indicarse el precio unitario de los bienes ofertados; y en caso de realizarse por cantidades mínimas y máximas, deberán cotizarse los precios unitarios y los totales se calcularán multiplicado los precios unitarios por la cantidad máxima correspondiente.

4. El precio del contrato que cobre el proveedor por los bienes suministrados en virtud del contrato no podrá ser diferente a los precios unitarios cotizados en su oferta, excepto por cualquier ajuste previsto en el mismo.

5. En caso que se requiera el desglose de los componentes de los precios será con el propósito de facilitar a la convocante la comparación de las ofertas.

---

## **Abastecimiento simultáneo**

El sistema de abastecimiento simultáneo para esta licitación será:



No Aplica

---

## **Incoterms**

La edición de incoterms para esta licitación será:

No Aplica

Las expresiones DDP, CIP, FCA, CPT y otros términos afines, se regirán por las normas prescriptas en la edición vigente de los Incoterms publicada por la Cámara de Comercio Internacional.

Durante la ejecución contractual, el significado de cualquier término comercial, así como los derechos y obligaciones de las partes serán los prescritos en los Incoterms, a menos que sea inconsistente con alguna disposición del contrato.

---

## **Autorización del Fabricante**

Los productos a los cuales se les requerirá Autorización del Fabricante son los indicados a continuación:

No Aplica

Cuando la convocante lo requiera, el oferente deberá acreditar la cadena de autorizaciones, hasta el fabricante, productor o prestador de servicios.

---

## **Muestras**

Se requerirá la presentación de muestras de los siguientes productos y en las siguientes condiciones:

No Aplica

---

## **Copias de la oferta - CPS**

El oferente presentará su oferta original. En caso de que la convocante requiera la presentación de copias lo deberá indicar en este apartado, las copias deberán estar identificadas como tales.

Cuando la presentación de ofertas se realice a través del sistema de Oferta Electrónica, la convocante no requerirá de copias.

Cantidad de copias requeridas:

0 copias

## Formato y firma de la oferta

1. El formulario de oferta y la lista de precios serán firmados, física o electrónicamente, según corresponda por el oferente o por las personas debidamente facultadas para firmar en nombre del oferente.
2. No serán descalificadas las ofertas que no hayan sido firmadas en documentos considerados no sustanciales.
3. Los textos entre líneas, tachaduras o palabras superpuestas serán válidos solamente si llevan la firma de la persona que firma la oferta.
4. La falta de foliatura no podrá ser considerada como motivo de descalificación de las ofertas.

## Periodo de validez de las ofertas

Las ofertas deberán mantenerse válidas (en días corridos) por:

60

Las ofertas deberán permanecer válidas por el periodo indicado en el presente apartado, que se computará a partir del inicio de la etapa competitiva. Toda oferta con un periodo menor será rechazada.

La convocante en circunstancias excepcionales podrá solicitar, por escrito, al oferente que extienda el periodo de validez de la oferta, por lo tanto, la Garantía de Mantenimiento de la Oferta deberá ser también prorrogada.

El oferente puede rehusarse a tal solicitud sin que se le haga efectiva su Garantía de Mantenimiento de Oferta. A los oferentes que acepten la solicitud de prórroga no se les pedirá ni permitirá que modifiquen sus ofertas.

## Garantías: instrumentación, plazos y ejecución.

1. La garantía de mantenimiento de oferta deberá expedirse en un monto en guaraníes que no deberá ser inferior al porcentaje especificado en el SICP. El oferente puede adoptar cualquiera de las formas de instrumentación de las garantías dispuestas por las normativas vigentes.
2. La garantía de mantenimiento de oferta presentada en los términos del párrafo anterior, deberá cubrir el precio total de la oferta en la etapa de recepción de propuestas.
3. En los contratos abiertos, el porcentaje de las garantías a ser presentado por los oferentes que participen, deberá ser aplicado sobre el monto máximo total de la oferta; si la adjudicación fuese por lote o ítem ofertado, deberán sumarse los valores máximos de cada lote o ítem ofertado, a fin de obtener el monto sobre el cual se aplicará el porcentaje de la citada garantía.
4. En caso de instrumentarse a través de Garantía Bancaria, deberá estar sustancialmente de acuerdo con el formulario de

Garantía de Mantenimiento de Oferta incluido en la Sección "Formularios".

5. La garantía de mantenimiento de oferta en caso de oferentes en consorcio deberá ser presentado de la siguiente manera:

- Consorcio constituido por escritura pública: deberán emitir a nombre del consorcio legalmente constituido por escritura pública, del líder del consorcio o de todos los socios que la integran;
- Consorcio en proceso de formación con acuerdo de intención: deberán emitir a nombre del líder del consorcio en proceso de formación con acuerdo de intención o de todos los miembros que la integran.

6. La garantía de mantenimiento de ofertas podrá ser ejecutada:

- a) Si el oferente altera las condiciones de su oferta;
- b) Si el oferente retira su oferta durante el período de validez de la oferta;
- c) Si no acepta la corrección aritmética del precio de su oferta, en caso de existir;
- d) Si el oferente no presentare su oferta en la fecha y hora señaladas, previo requerimiento por parte de la convocante; o
- e) Si el adjudicatario no procede, por causa imputable al mismo a:

e.1. Suministrar los documentos indicados en el pliego de bases y condiciones para la firma del contrato,

e.2. Firmar el contrato,

e.3. Suministrar en tiempo y forma la garantía de cumplimiento de contrato,

e.4. Se comprobare que las declaraciones juradas presentadas por el oferente adjudicado con su oferta sean falsas,

e.5. El adjudicatario no presentare las legalizaciones correspondientes para la firma del contrato, cuando éstas sean requeridas, o

e.6. No se formaliza el consorcio por escritura pública, antes de la firma del contrato.

7. Las garantías tanto de Mantenimiento de Oferta, Cumplimiento de Contrato o de Anticipo, sea cual fuere la forma de instrumentación adoptada, deberá ser pagadera ante solicitud escrita de la convocante donde se haga constar el monto reclamado, cuando se tenga acreditada una de las causales de ejecución de la póliza. En estos casos será requisito que previamente el oferente sea notificado del incumplimiento y la intimación de que se hará efectiva la ejecución del monto asegurado.

8. Si la entrega de los bienes o la prestación de los servicios se realizare en un plazo menor o igual a diez (10) días calendario, posteriores a la firma del contrato, la garantía de cumplimiento deberá ser entregada antes del cumplimiento de la prestación.

9. La garantía de Fiel Cumplimiento de Contrato será liberada y devuelta al proveedor, a requerimiento de parte, a más tardar treinta (30) días contados a partir de la fecha de cumplimiento de las obligaciones del proveedor en virtud de contrato, incluyendo cualquier obligación relativa a la garantía de los bienes.

## **Periodo de Validez de la Garantía de Mantenimiento de Oferta**

El plazo de validez de la Garantía de Mantenimiento de Oferta (en días corridos) será de:

90

El oferente deberá presentar como parte de su oferta una Garantía de Mantenimiento de acuerdo al porcentaje indicado para ello en el SICP y por el plazo indicado en este apartado. Cuando la competencia se desarrolle por más de un día, la garantía de mantenimiento de oferta deberá cubrir a partir del primer día del inicio de la etapa competitiva.

**Porcentaje de Garantía de Fiel Cumplimiento de Contrato**

El porcentaje de Garantía de Fiel Cumplimiento de Contrato es de:

5,00 %

La garantía de Fiel Cumplimiento de Contrato deberá ser presentada por el proveedor, dentro de los diez (10) días calendario siguientes a partir de la fecha de suscripción del contrato, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 39 de la Ley N° 2051/2003.

**Periodo de Validez de la Garantía de Fiel Cumplimiento de Contrato**

El plazo de vigencia de la Garantía de Fiel Cumplimiento de Contrato será de:

30 días corridos posterior al plazo de ejecución o vigencia del contrato.

**Periodo de validez de la garantía de los bienes**

El plazo de validez de la garantía de los bienes será el siguiente:

No Aplica

**Tiempo de funcionamiento de los bienes**

El periodo de tiempo estimado de funcionamiento de los bienes, para los efectos de repuestos será de:

No Aplica

**Plazo de reposición de bienes**

El plazo de reposición de bienes para reparar o reemplazar será de:

NO APLICA

El proveedor garantiza que todos los bienes suministrados están libres de defectos derivados de actos y omisiones que este hubiera incurrido, o derivados del diseño, materiales o manufactura, durante el uso normal de los bienes en las condiciones que imperen en la República del Paraguay.

1. La contratante comunicará al proveedor la naturaleza de los defectos y proporcionará toda evidencia disponible, inmediatamente después de haberlos descubierto. La contratante otorgará al proveedor facilidades razonables para inspeccionar tales defectos.

Tan pronto reciba ésta comunicación, y dentro del plazo establecido en este apartado, deberá reparar o reemplazar los bienes defectuosos, o sus partes sin ningún costo para la contratante.

2. Si el proveedor después de haber sido notificado, no cumple con su obligación dentro del plazo establecido, la contratante tomará las medidas necesarias para remediar la situación, por cuenta y riesgo del proveedor y sin perjuicio de otros derechos que la contratante pueda ejercer contra el proveedor en virtud del contrato.

---

## **Cobertura de seguro de los bienes**

La cobertura de seguro requerida a los bienes será:

No Aplica

A menos que se disponga otra cosa en este apartado, los bienes suministrados deberán estar completamente asegurados en guaraníes, contra riesgo de extravío o daños incidentales ocurridos durante la fabricación, adquisición, transporte, almacenamiento y entrega, de acuerdo a los Incoterms aplicables.

---

## **Sistema de presentación de ofertas**

Las ofertas serán presentadas en un sólo sobre y deberán:

1. Indicar el nombre y la dirección del oferente;
2. Estar dirigidos a la convocante;
3. Llevar la identificación específica del proceso de licitación indicado en el SICP; y
4. Llevar una advertencia de no abrir antes de la hora y fecha de apertura de ofertas.

Si los sobres no están cerrados e identificados como se requiere, la convocante no se responsabilizará en caso de que la oferta se extravíe o sea abierta prematuramente.

---

## **Plazo para presentar las ofertas**

Culminada la etapa competitiva, presentarán las ofertas físicas en la dirección y hasta la fecha y hora que se indican en el SICP, los siguientes participantes requeridos:

todos los participantes.

Las ofertas deberán ser recibidas por la convocante en la dirección y hasta la fecha y hora que se indican en el SICP.

La convocante podrá a su discreción, extender el plazo originalmente establecido para la presentación de ofertas mediante una adenda. En este caso todos los derechos y obligaciones de la convocante y de los oferentes previamente sujetos a la fecha límite original para presentar las ofertas quedarán sujetos a la nueva fecha prorrogada.

Cuando la presentación de oferta sea electrónica la misma deberá sujetarse a la reglamentación vigente.

---

## **Retiro, sustitución y modificación de las ofertas**

1. Un oferente podrá retirar, sustituir o modificar su oferta después de presentada mediante el envío de una comunicación por escrito, debidamente firmada por el representante autorizado. La sustitución o modificación correspondiente de la oferta deberá acompañar dicha comunicación por escrito.

2. Todas las comunicaciones deberán ser:

a) Presentadas conforme a la forma de presentación e identificación de las ofertas y además los respectivos sobres deberán estar marcados "RETIRO", "SUSTITUCION" o "MODIFICACION";

b) Recibidas por la convocante antes del plazo límite establecido para la presentación de las ofertas;

Las ofertas cuyo retiro, sustitución o modificación fuere solicitada serán devueltas sin abrir a los oferentes remitentes, durante el acto de apertura de ofertas.

3. Ninguna oferta podrá ser retirada, sustituida o modificada durante el intervalo comprendido entre la fecha límite para presentar ofertas y la expiración del período de validez de las ofertas indicado en el Formulario de Oferta o cualquier extensión si la hubiere, caso contrario, se hará efectiva la Garantía de Mantenimiento de Oferta.

---

## **Apertura de ofertas**

1. La convocante abrirá las ofertas y en caso de que hubiere notificaciones de retiro, sustitución y modificación de ofertas presentadas, las leerá en el acto público con la presencia de los oferentes o sus representantes a la hora, en la fecha y el lugar establecidos en el SICP.

2. Cuando la presentación de oferta sea electrónica, el acto de apertura deberá sujetarse a la reglamentación vigente, en la fecha, hora y lugar establecidos en el SICP.

3. Primero se procederá a verificar de entre las ofertas recibidas por courier o entregadas personalmente, los sobres marcados como:

a) "RETIRO". Se leerán en voz alta y el sobre con la oferta correspondiente no será abierto sino devuelto al oferente remitente. No se

permitirá el retiro de ninguna oferta a menos que la comunicación de retiro pertinente contenga la autorización válida para solicitar el retiro y sea leída en voz alta en el acto de apertura de las ofertas.

b) "SUSTITUCION". Se leerán en voz alta y se intercambiará con la oferta correspondiente que está siendo sustituida; la oferta sustituida no se abrirá y se devolverá al oferente remitente. No se permitirá ninguna sustitución a menos que la comunicación de sustitución correspondiente contenga una autorización válida para solicitar la sustitución y sea leída en voz alta en el acto de apertura de las ofertas.

c) "MODIFICACION" se abrirán y leerán en voz alta con la oferta correspondiente. No se permitirá ninguna modificación a las ofertas a menos que la comunicación de modificación correspondiente contenga la autorización válida para solicitar la modificación y sea leída en voz alta en el acto de apertura de las ofertas. Solamente se considerarán en la evaluación los sobres que se abren y leen en voz alta durante el Acto de Apertura de las Ofertas.

4. Los representantes de los oferentes que participen en la apertura de las ofertas deberán contar con autorización suficiente para suscribir el acta y los documentos que soliciten, bastando para ello la presentación de una autorización escrita del firmante de la oferta, esta autorización podrá ser incluida en el sobre oferta o ser portado por el representante.

5. Se solicitará a los representantes de los oferentes que estén presentes que firmen el acta. La omisión de la firma por parte de un oferente no invalidará el contenido y efecto del acta. Se distribuirá una copia del acta a todos los presentes.

6. Las ofertas sustituidas y modificadas presentadas, que no sean abiertas y leídas en voz alta durante el acto de apertura no podrán ser consideradas para la evaluación sin importar las circunstancias y serán devueltas sin abrir a los oferentes remitentes.

7. La falta de firma en un documento sustancial, es considerada una omisión sustancial que no podrá ser subsanada en ninguna oportunidad una vez abiertas las ofertas.

8. El acta de apertura deberá ser comunicada al SICP, para su difusión, dentro de los dos (02) días hábiles de la realización del acto de apertura.

# REQUISITOS DE CALIFICACIÓN Y CRITERIOS DE EVALUACIÓN

Esta sección contiene los criterios que la convocante utilizará para evaluar la oferta y determinar si un oferente cuenta con las calificaciones requeridas. Ningún otro factor, método o criterio será utilizado.

## Condición de Participación

Podrán participar de ésta licitación, individualmente o en forma conjunta (consorcio), los oferentes domiciliados en la República del Paraguay, que no se encuentren comprendidos en las prohibiciones o limitaciones para presentar propuestas y contratar con el Estado, establecidas en la Ley N° 2051/03 "De Contrataciones Públicas".

Adicionalmente a lo establecido en el párrafo anterior el oferente deberá considerar las siguientes condiciones de participación:

Que se encuentren registrados/as en el Sistema de Información de Proveedores del Estado (SIPE), debiendo suscribir ante el mismo una Declaración Jurada en la cual manifiesta que tiene pleno conocimiento y acepta las reglas del proceso, para su activación como oferente. La Declaración Jurada referida, podrá ser descargada desde el SICP, módulo del SIPE.

Que activados/as conforme al SIPE posean su Usuario y Contraseña, personal e intransferible, salvo que los mismos hayan sido cancelados por el sistema, de conformidad a la reglamentación específica. La pérdida del usuario y contraseña deberá ser comunicada a la DNCP para que, a través del sistema, sea bloqueado el acceso inmediatamente; y

Como requisito para la participación en la Subasta a la Baja Electrónica, el oferente deberá manifestar en el campo previsto en el sistema electrónico, que cumple plenamente los requisitos de habilitación y que su propuesta de precios está conforme con las exigencias del pliego de bases y condiciones.

## Requisitos de Calificación

### Calificación Legal

Los oferentes deberán declarar que no se encuentran comprendidos en las limitaciones o prohibiciones para contratar con el Estado, contempladas en el artículo 40 de la Ley N° 2051/03, modificado por Ley N° 6716/2021, declaración que forma parte del formulario de oferta.

Serán desechadas las ofertas de los oferentes que se encuentren comprendidos en las prohibiciones o limitaciones para contratar a la hora y fecha límite de presentación de ofertas o a la fecha de firma del contrato.

A los efectos de la verificación de la existencia de prohibiciones o limitaciones contenidas en los incisos a) y b), m) y n) del artículo 40 de la Ley N° 2051/03, modificado por Ley N° 6716/2021, el comité de evaluación realizará el siguiente análisis:

1. Verificará que el oferente haya proporcionado el formulario de ofertas que incluye la declaratoria debidamente firmada.
2. Verificará los registros del personal de la convocante para detectar si el oferente o sus representantes, se hallan comprendidos en el presupuesto del inciso a) del artículo 40 de la Ley N° 2051/03, modificado por Ley N° 6716/2021.
3. Verificará por los medios disponibles, si el oferente y los demás sujetos individualizados en las prohibiciones o limitaciones contenidas en los incisos a) y b), m) y n) del artículo 40 de la Ley N° 2051/03, modificado por Ley N° 6716/2021, aparecen en la base de datos del SINARH o de la Secretaría de la Función Pública.
4. Si se constatará que alguno de las personas mencionadas en el párrafo anterior figura en la base de datos del SINARH o de la Secretaría de la Función Pública, el comité analizará acabadamente si tal situación le impedirá ejecutar el contrato, exponiendo los motivos para aceptar o rechazar la oferta, según sea el caso.



5. Verificará que el oferente haya proporcionado el formulario de Declaración de Miembros, de conformidad a estándar debidamente firmado en su oferta y cotejará los datos con las personas físicas inhabilitadas que constan en el registro de “Sanciones a Proveedores” del SICP a fin de detectar si directores, gerentes, socios gerentes, quienes ejerzan la administración, accionistas, cuotapartistas o propietarios se hallan comprendidos en el presupuesto del inciso m) y n) del artículo 40 de la Ley N° 2051/03, modificado por Ley N° 6716/2021.

El comité podrá recurrir a fuentes públicas o privadas de información, para verificar los datos proporcionados por el oferente.

6. Si el Comité confirma que el oferente o sus integrantes poseen impedimentos, la oferta será rechazada y se remitirán los antecedentes a la Dirección Nacional de Contrataciones Públicas (DNCP) para los fines pertinentes.

## **Análisis de precios ofertados**

Durante la evaluación de ofertas, luego de haber realizado la corrección de errores aritméticos y de ordenar las ofertas presentadas de menor a mayor, el Comité de Evaluación procederá a solicitar a los oferentes una explicación detallada de la composición del precio ofertado de cada ítem, rubro o partida adjudicable, conforme a los siguientes parámetros:

1. En contrataciones en general: cuando la diferencia entre el precio ofertado y el precio referencial sea superior al 25% para ofertas por debajo del precio referencial y del 15% para ofertas que se encuentren por encima del referencial establecido por la convocante y difundido con el llamado a contratación.

Si el oferente no respondiese la solicitud, o la respuesta no sea suficiente para justificar el precio ofertado del bien o servicio, el precio será declarado inaceptable y la oferta rechazada.

El análisis de los precios, con esta metodología, será aplicado a cada ítem, rubro o partida que componga la oferta y en cada caso deberá ser debidamente fundada la decisión adoptada por la Convocante en el ejercicio de su facultad discrecional.

## **Certificado de Producto y Empleo Nacional - CPS**

A los efectos de acogerse al beneficio de la aplicación del margen de preferencia, el oferente deberá contar con el Certificado de Producto y Empleo Nacional (CPEN). El certificado debe ser emitido como máximo a la fecha y hora tope de la etapa competitiva.

La falta del CPEN no será motivo de descalificación de la oferta, sin embargo, el oferente no podrá acogerse al beneficio.

El comité de evaluación verificará en el portal oficial indicado por el Ministerio de Industria y Comercio (MIC) la emisión en tiempo y forma del CPEN declarado por los oferentes. No será necesaria la presentación física del Certificado de Producto y Empleo Nacional.

Independientemente al sistema de adjudicación, el margen de preferencia será aplicado a cada bien o servicio objeto de contratación que se encuentre indicado en la planilla de precios.

1. 1. Consorcios:

### **a.1. Provisión de Bienes**

El CPEN debe ser expedido a nombre del oferente que fabrique o produzca los bienes objeto de la contratación. En el caso que ninguno de los oferentes consorciados fabrique o produzca los bienes ofrecidos, el consorcio deberá contar con el CPEN correspondiente al bien ofertado, debiendo encontrarse debidamente autorizado por el fabricante. Esta autorización podrá ser emitida a nombre del consorcio o de cualquiera de los integrantes del mismo.

### **a.2. Provisión de Servicios (se entenderá por el término servicio aquello que comprende a los servicios en general, las**

consultorías, obras públicas y servicios relacionados a obras públicas).

Todos los integrantes del consorcio deben contar con el CPEN.

Excepcionalmente se admitirá que no todos los integrantes del consorcio cuenten con el CPEN para aplicar el margen de preferencia, cuando el servicio específico se encuentre detallado en uno de los ítems de la planilla de precios, y de los documentos del consorcio (acuerdo de intención o consorcio constituido) se desprenda que el integrante del consorcio que cuenta con el CPEN será el responsable de ejecutar el servicio licitado.

## **Margen de Preferencia Local - CPS**

Para contrataciones realizadas por Unidades Operativas que se encuentren conformadas dentro de un municipio o departamento se deberá considerar que, si la oferta evaluada como la más baja pertenece a una firma u empresa domiciliada fuera del territorio departamental de la convocante, ésta será comparada con la oferta más baja de la firma u empresa domiciliada dentro del territorio de la convocante, agregándole al precio total de la oferta propuesta por la primera una suma del diez por ciento (10%) del precio. Si en dicha comparación adicional la oferta de la firma u empresa domiciliada dentro del territorio departamental de la convocante resultare ser la más baja, se la seleccionará para la adjudicación; en caso contrario se seleccionará la oferta de servicios de la firma u empresa domiciliada fuera del territorio departamental de la convocante.

En el caso de que el oferente, sea de la zona y además cuente con margen de preferencia, se le aplicará únicamente el margen de este último.

Las convocantes deberán acogerse a las condiciones específicas para la aplicación del Margen de Preferencia Local establecidas en la reglamentación emitida por la DNCP.

## **Requisitos documentales para la evaluación de las condiciones de participación**

Los siguientes documentos serán los considerados para la evaluación del presente criterio:

### **1. Formulario de Oferta (\*)**

[El formulario de oferta y lista de precios, generados electrónicamente a través del SICP, deben ser completados y firmados por el oferente.]

### **2. Garantía de Mantenimiento de Oferta (\*)**

La garantía de mantenimiento de oferta debe ser extendida, bajo la forma de una garantía bancaria o póliza de seguro de caución.

### **3. Certificado de Cumplimiento con la Seguridad Social. (\*\*)**

### **4. Certificado de Producto y Empleo Nacional, emitido por el MIC, en caso de contar. (\*\*)**

|   |
|---|
| 5. Constancia de presentación de la <b>Declaración Jurada de bienes y rentas, activos y pasivos</b> ante la Contraloría General de la República, para los sujetos obligados según los incisos a) y b) del numeral 2 del art. 1 de la Ley N° 6355/19. (**)   |
| 6. Declaración Jurada de Declaración de Miembros, de conformidad con el formulario estándar Sección Formularios (**)  |
| 7. Certificado de Cumplimiento Tributario. (**)   |
| 8. Patente Comercial del municipio en donde esté asentado el establecimiento principal del oferente. (**)   |
| 9. Documentos legales   |
| 9.1. Oferentes Individuales. Personas Físicas.  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fotocopia simple de la Cédula de Identidad del firmante de la oferta. (*)</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Constancia de inscripción en el Registro Único de Contribuyentes RUC. (*)</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• En el caso que suscriba la oferta otra persona en su representación, deberá acompañar una fotocopia simple de su cédula de identidad y una fotocopia simple del poder suficiente otorgado por Escritura Pública para presentar la oferta y representarlo en los actos de la licitación. No es necesario que el Poder esté inscripto en el Registro de Poderes. (*)</li> </ul>  |
| 9.2. Oferentes Individuales. Personas Jurídicas.  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fotocopia simple de los documentos que acrediten la existencia legal de la persona jurídica tales como la Escritura Pública de Constitución y protocolización de los Estatutos Sociales. Los estatutos deberán estar inscriptos en la Sección Personas Jurídicas de la Dirección de Registros Públicos. (*)</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Constancia de Inscripción en el Registro Único de Contribuyentes RUC y fotocopia simple de los Documentos de Identidad de los representantes o apoderados de la Sociedad.</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fotocopia simple de los documentos que acrediten las facultades del firmante de la oferta para comprometer al oferente. Estos documentos pueden consistir en: un poder suficiente otorgado por Escritura Pública (no es necesario que esté inscripto en el Registro de Poderes); o los documentos societarios que justifiquen la representación del firmante, tales como las actas de asamblea y de directorio en el caso de las sociedades anónimas. (*)</li> </ul> |
| 9.3. Oferentes en Consorcio.  |

|  |
|--|
| <p>1. Cada integrante del consorcio que sea una persona física domiciliada en la República del Paraguay deberá presentar los documentos requeridos para Oferentes individuales especificados en el apartado Oferentes Individuales. Personas Físicas. Cada integrante del consorcio que sea una persona jurídica domiciliada en Paraguay deberá presentar los documentos requeridos para Oferentes Individuales Personas Jurídicas. (*)</p>  |
| <p>2. Original o fotocopia del consorcio constituido o del acuerdo de intención de constituir el consorcio por escritura pública en caso de resultar adjudicados y antes de la firma del contrato. Las formalidades de los acuerdos de intención y de los consorcios serán determinadas por la Dirección Nacional de Contrataciones Públicas (DNCP). (*)</p>   |
| <p>3. Fotocopia simple de los documentos que acrediten las facultades de los firmantes del acuerdo de intención de consorciarse. Estos documentos pueden consistir en (*):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un poder suficiente otorgado por escritura pública por cada miembro del consorcio (no es necesario que esté inscripto en el Registro de Poderes); o</li> <li>• Los documentos societarios de cada miembro del consorcio, que justifiquen la representación del firmante, tales como actas de asamblea y de directorio en el caso de las sociedades anónimas.</li> </ul>                                  |
| <p>4. Fotocopia simple de los documentos que acrediten las facultades del firmante de la oferta para comprometer al Consorcio, cuando se haya formalizado el Consorcio. Estos documentos pueden consistir en (*):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un poder suficiente otorgado por escritura pública por la Empresa Líder del consorcio (no es necesario que esté inscripto en el Registro de Poderes); o</li> <li>• Los documentos societarios de la Empresa Líder, que justifiquen la representación del firmante, tales como actas de asamblea y de directorio en el caso de las sociedades anónimas.</li> </ul> |

Los documentos indicados con asterisco (\*) son considerados documentos sustanciales a ser presentados con la oferta.

Los documentos indicados con doble asterisco (\*\*) deberán estar vigentes al inicio de la etapa competitiva para procesos de SBE.

### Capacidad Financiera

Con el objetivo de calificar la situación financiera del oferente, se considerarán los siguientes índices:

|  |
|--|
| <p>a. <u>Contribuyente de IRACIS/IRE RG por los años que corresponda deberán cumplir con el siguiente parámetro:</u></p> <p>Deberán cumplir con el siguiente parámetro:</p> <p>a. <b>Ratio de Liquidez:</b> activo corriente / pasivo corriente</p> <p>Deberá ser igual o mayor que 1, en promedio, en los 3 últimos años (2018, 2019 y 2020).</p> <p>b. <b>Endeudamiento:</b> pasivo total / activo total</p> <p>No deberá ser mayor a 0,80 en promedio, en los 3 últimos años (2018, 2019 y 2020).</p> <p>c. <b>Rentabilidad:</b> Porcentaje de utilidad después de impuestos o pérdida con respecto al Capital.</p> <p>El promedio en los 3 últimos años (2018, 2019 y 2020), no deberá ser negativo.</p> |
|--|

***b) Contribuyentes de IRPC / IRE SIMPLE por los años que corresponda deberán cumplir el siguiente parámetro:***

Deberán cumplir el siguiente parámetro:

Eficiencia: (Ingreso/Egreso).

Deberá ser igual o mayor que 1, el promedio, de los ejercicios fiscales requeridos (2018, 2019 y 2020).

***c) Contribuyentes de IRP/IRP RSP por los años que corresponda deberán cumplir el siguiente parámetro:***

Deberán cumplir el siguiente parámetro:

Eficiencia: (Ingreso/Egreso).

Deberá ser igual o mayor que 1, el promedio, de los ejercicios fiscales requeridos (2018, 2019 y 2020).

***d) Contribuyentes de IVA General deberá cumplir el siguiente parámetro:***

Deberá cumplir el siguiente parámetro:

Eficiencia: (Ingreso/Egreso).

Deberá ser igual o mayor que 1, el promedio, de los ejercicios fiscales requeridos (2018, 2019 y 2020).

*En caso de Consorcios, todos los integrantes del Consorcio deben cumplir con el 100% de los requerimientos de Capacidad Financiera.*

## **Requisitos documentales para evaluar el criterio de capacidad financiera**

Para evaluar el presente criterio, el oferente deberá presentar las siguientes documentaciones:

|  |
|--|
| a. Balance General y Cuadro de Estado de Resultados de los años 2018, 2019 y 2020 para contribuyente de IRACIS / IRE RG. |
| b. Formulario 106 (2018, 2019) IRPC, Formulario 501 (2020) IRE Simple.   |
| c. Formulario 104 (2018, 2019) IRP, Formulario 515 (2020) IRP RSP.   |
| d. Para contribuyentes de IVA general: IVA General de los últimos 3 años (2018, 2019 y 2020)                             |
| e. Resumen de Información Financiera conforme al Formulario de Información Financiera del presente Pliego.               |

## Experiencia requerida

Con el objetivo de calificar la experiencia del oferente, se considerarán los siguientes índices:

- Se estudiará la antigüedad en el ramo que acredita su experiencia demostrando una antigüedad mínima de 10 (diez) años en el ramo, (fecha del Certificado de Registro y Autorización del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social) prestando servicios similares a los ofertados (Servicio de Medicina Prepaga).
- Deberá presentar copias de contratos de prestación de servicios similares a los ofertados ejecutados en el periodo comprendido entre el 2011 al 2021 (servicio de medicina prepaga), de los cuales por lo menos 5 deben ser de clientes corporativos, empresas públicas y/o privadas con igual o superior cantidad de beneficiarios titulares al presente llamado por cada contrato (759 titulares aprox.).
- Los contratos deben tener un alcance de la cobertura médica similar (medicina pre-paga) y se debe adjuntar a los mismos las respectivas constancias de servicios satisfactorios expedidas por la dependencia responsable de la ejecución de cada contrato.

En caso de Consorcios, el Socio Líder deberá cumplir con el 70% del requisito mínimo establecido). Los Socios restantes combinados deben cumplir con el 30% del requisito mínimo establecido para la Experiencia Requerida.

## Requisitos documentales para evaluar el criterio de experiencia requerida

Los siguientes documentos serán los considerados para la evaluación del presente criterio:

- |  |
|--|
| 1. Copia del Certificado de Registro y autorización del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. (Art. 245, Ley 836/80 Código Sanitario).   |
| 2. Copia de contratos ejecutados en el periodo comprendido entre el 2011 al 2021, de los cuales por lo menos 5 deben ser de Clientes Corporativos públicos y/o privados con igual o superior cantidad de beneficiarios titulares al presente llamado por cada contrato. Cada contrato debe tener un alcance de la cobertura médica similar (medicina prepaga). |
| 3. Copias de constancias de servicios satisfactorios expedidas por la dependencia responsable de la ejecución de cada contrato presentado.   |
| 4. Listado de un mínimo de 5 (cinco) clientes corporativos, instituciones públicas y/o privadas, indicando nombre de la empresa, actividad, persona encargada y teléfonos para ser contactados de ser necesario, conforme al Formulario de Referencias Comerciales Clientes Corporativos de la Sección FORMULARIOS del presente Pliego.                        |

## Capacidad Técnica

El oferente deberá proporcionar evidencia documentada que demuestre su cumplimiento con los siguientes requisitos de capacidad técnica:

- El oferente debe de poseer la capacidad técnica en cuanto a infraestructura, personal, convenios, etc., para cumplir con las Especificaciones Técnicas indicadas en el presente Pliego. Se tendrán en cuenta los siguientes puntos:

1. Descripción de sus instalaciones físicas indicando cantidad de:

- Salas de internación.
- Quirófanos.
- U.T.I. para neonatos, niños y adultos.
- Consultorios.
- Otras dependencias médicas que posea.
- Oficinas administrativas con sus respectivos números telefónicos.
- Plantel de médicos y otros profesionales a su servicio con indicaciones de sus especialidades, consultorios y teléfonos.

2. Listado completo de los médicos por especialidad. Esta lista deberá comprender como mínimo cinco profesionales por especialidad con más de cinco años de ejercicio profesional reconocido y las especialidades listadas no será limitativa, a excepción de aquellas especialidades que no acrediten la disponibilidad de la cantidad de profesionales requeridos en el presente; dicha excepción deberá ser justificada por la oferente con un informe adjunto al listado.

3. Listado de:

- Centros de fisioterapia y rehabilitación (mínimo cinco en Asunción y Gran Asunción).
- Laboratorios (mínimo cinco en Asunción y Gran Asunción):
  - 2 (dos) por lo menos con certificado de calidad ISO o similar,
  - 1 (uno) por lo menos con servicio de extracción a domicilio las 24 horas, toda la semana.
  - 1 (uno) por lo menos con atención 24 horas, de lunes a domingo, para servicio de urgencias y ambulatorios en asunción.
- Centros de imágenes (mínimo diez en Asunción y Gran Asunción).
- Centros ESPECIALIZADOS en pediatría para URGENCIAS y/o PROCEDIMIENTOS y/o INTERNACION. (mínimo dos) con terapia intensiva habilitada en Asunción.
- Centro ESPECIALIZADO en trauma para URGENCIAS y/o PROCEDIMIENTOS y/o INTERNACION. (mínimo uno) en Asunción y/o Gran Asunción.
- Sanatorios /Centros asistenciales en Asunción (Nivel 3 mínimo cuatro, Nivel 2 mínimo tres) según categorización de la Superintendencia de Salud.
  - Uno de los Sanatorios nivel 3 de la Capital debe contar con:
    - Centro de Especialidades Pediátricas,
    - UTI niños y neonatal, y adultos,
    - Servicio de Hemodinamia
    - Unidad de Medicina Transfusional y Unidad Coronaria, todos ellos habilitados por el MSP y BS
    - Equipo de tomografía y de resonancia magnética las 24 horas, con certificación de equipo en funcionamiento comprobada a través de su ficha técnica respectivamente.
- Sanatorios /Centros asistenciales en Gran Asunción e Interior.
- Farmacias (para descuentos de medicamentos) (mínimo 4 cadenas de farmacias).
- Ópticas (para descuentos en ópticas)
- Nómina del plantel administrativo responsable de los diferentes servicios con los respectivos números telefónicos de contacto para los fines pertinentes. El servicio administrativo de LA PRESTADORA DE SERVICIOS, deberá estar a disposición del beneficiario en forma permanente (24 horas al día), incluyendo sábados, domingos y feriados para casos de urgencia, a fin de proveer la cobertura sanatorial a los servicios requeridos, como así también los trámites de visaciones y coberturas.

En caso de Consorcios, el Socio Líder deberá cumplir con el 70% del requisito mínimo establecido. Los Socios restantes combinados deben cumplir con el 30% del requisito mínimo establecido para la Capacidad Técnica.

---

## Requisitos documentales para evaluar el criterio de capacidad técnica

Los siguientes documentos serán los considerados para la evaluación del presente criterio:

1. Declaración Jurada en cuanto a la capacidad en la prestación de los servicios y la provisión de los bienes solicitados; estructura interna y técnica. Descripción de sus instalaciones físicas indicando cantidad de:

- Salas de internación.
- Quirófanos.
- U.T.I. para neonatos, niños y adultos.
- Consultorios.
- Otras dependencias médicas que posea.
- Oficinas administrativas con sus respectivos números telefónicos.
- Plantel de médicos y otros profesionales a su servicio con indicaciones de sus especialidades, consultorios y teléfonos.

2. Listado completo de los médicos por especialidad. Esta lista deberá comprender como mínimo cinco profesionales por especialidad con más de cinco años de ejercicio profesional reconocido y las especialidades listadas no será limitativa, a excepción de aquellas especialidades que no acrediten la disponibilidad de la cantidad de profesionales requeridos en el presente; dicha excepción deberá ser justificada por la oferente con un informe adjunto al listado, cualquier alteración de la lista, debido a inclusiones o exclusiones de profesionales, deberá ser comunicada por escrito a la Contratante en un plazo no mayor a 48 horas. (De ser adjudicado este listado deberá ser publicado en la página web de la prestadora).



|  |
|--|
| <p>3. Listado de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Centros de fisioterapia y rehabilitación (mínimo cinco en Asunción y Gran Asunción).</li> <li>• Laboratorios (mínimo cinco en Asunción y Gran Asunción) - <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ 2 (dos) por lo menos con certificado de calidad ISO o similar),</li> <li>◦ 1 (uno) por lo menos con servicio de extracción a domicilio las 24 horas, toda la semana.</li> <li>◦ 1 (uno) por lo menos con atención 24 horas, de lunes a domingo, para servicio de urgencias y ambulatorios en asunción.</li> </ul> </li> <li>• Centros de imágenes (mínimo diez en Asunción y Gran Asunción). Debe contar con un mínimo de 5 centros de diagnóstico general, y 5 centros especializados en diferentes áreas en todo momento.</li> <li>• Centros ESPECIALIZADOS en pediatría para URGENCIAS y/o PROCEDIMIENTOS y/o INTERNACION. (mínimo dos) con terapia intensiva habilitada en Asunción.</li> <li>• Centro ESPECIALIZADO en trauma para consultas, cirugías, estudios, tratamientos, urgencias que debe contar con quirófanos, arco en C y servicio de internación (mínimo uno) en Asunción y/o Gran Asunción.</li> <li>• Sanatorios/ Centros asistenciales en Asunción (Nivel 3 mínimo cuatro, Nivel 2 mínimo tres) según categorización de la Superintendencia de Salud. <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Uno de los Sanatorios nivel 3 de la Capital debe contar con: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Equipo de tomografía y de resonancia magnética las 24 horas, con certificación de equipo en funcionamiento comprobada a través de su ficha técnica respectivamente.</li> <li>▪ Unidad de Medicina Transfusional y Unidad Coronaria, todos ellos habilitados por el MSP y BS</li> <li>▪ Servicio de Hemodinamia</li> <li>▪ UTI niños y neonatal, y adultos,</li> <li>▪ Centro de Especialidades Pediátricas</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>• Sanatorios/ Centros asistenciales en Gran Asunción e Interior.</li> <li>• Farmacias (para descuentos de medicamentos) (mínimo 4 cadenas de farmacias).</li> <li>• Ópticas (para descuentos en ópticas)</li> <li>• Nómina del plantel administrativo responsable de los diferentes servicios con los respectivos números telefónicos de contacto para los fines pertinentes. El servicio administrativo de LA PRESTADORA DE SERVICIOS, deberá estar a disposición del beneficiario en forma permanente (24 horas al día), incluyendo sábados, domingos y feriados para casos de urgencia, a fin de proveer la cobertura sanatorial a los servicios requeridos, como así también los trámites de visaciones y coberturas.</li> </ul> |
| <p>4. Copia de Contratos suscritos con cada sanatorio y otros prestadores (laboratorios, centro de diagnósticos, medicina por imágenes, centro de fisioterapia y rehabilitación, servicio de ambulancias, etc.), propuestos por la prestadora en la que indique que prestará servicios a los beneficiarios del Oferente o Declaración Jurada de contar con contratos vigentes con cada uno de los prestadores propuestos (sanatoriales, médicos, laboratorios, servicios de ambulancias, medicina por imágenes, etc.) o Carta de Compromiso de cada uno de los prestadores propuestos. Los contratos o la copia autenticada de los mismos podrán ser solicitados para su verificación al oferente propuesto como ganador a criterio del Comité de Evaluación.</p>  |
| <p>5. Documento que certifica el nivel de los sanatorios según categorización de la Superintendencia de Salud.</p>   |
| <p>6. Copia de Certificación ISO o similar de los laboratorios.</p>  |
| <p>7. Constancia que uno de los laboratorios tiene servicio de extracción a domicilio 24 horas, de lunes a domingo.</p>  |
| <p>8. Constancia que uno de los laboratorios tiene atención las 24 horas toda la semana, de lunes a domingo para servicios de urgencias y ambulatorios en asunción.</p>  |

9. Constancia que uno de los Sanatorios nivel 3 de la Capital cuenta con el Equipo de tomografía y resonancia magnética las 24 horas, con certificación de los equipos en funcionamiento comprobada a través de sus fichas técnicas

## **Otros criterios que la convocante requiera**

Otros criterios para la evaluación de las ofertas a ser considerados en ésta contratación serán:

La convocante se reserva el derecho a requerir la información y/o documentación adicional que estime pertinente a fin de acreditar la veracidad de la información contenida en la documentación presentada por el oferente.

## **Criterios de desempate de ofertas**

El vencedor de cada grupo subastado será el oferente que ingresó el menor precio. En los casos de igualdad de precios, queda como vencedor el que lo haya ingresado primero.

Siempre que el criterio de desempate establecido, no sea aplicable, el comité de evaluación determinará cuál de ellas es la mejor calificada para ejecutar el contrato utilizando los criterios dispuestos para el efecto por la DNCP.

**Nota1:** Conforme las disposiciones del Decreto 7781/06, para las Contrataciones con Organismos de la Administración Central, el Oferente que resulte adjudicado, deberá contar con una cuenta corriente y/o caja de ahorro habilitada en un Banco de plaza, o en su defecto, hallarse en condiciones de poder habilitar una cuenta corriente y/o caja de ahorro a su nombre, a fin de poder hacer efectivo el Pago Directo a Proveedores y Acreedores vía acreditación en cuenta bancaria.

# SUMINISTROS REQUERIDOS - ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

Esta sección constituye el detalle de los bienes con sus respectivas especificaciones técnicas - EETT, de manera clara y precisa para que el oferente elabore su oferta. Salvo aquellas EETT de productos ya determinados por plantillas aprobadas por la DNCP.

## Suministros y Especificaciones técnicas

El suministro deberá incluir todos aquellos ítems que no hubiesen sido expresamente indicados en la presente sección, pero que pueda inferirse razonablemente que son necesarios para satisfacer el requisito de suministro indicado, por lo tanto, dichos bienes serán suministrados por el proveedor como si hubiesen sido expresamente mencionados, salvo disposición contraria en el contrato.

Los bienes suministrados deberán ajustarse a las especificaciones técnicas y las normas estipuladas en este apartado. En caso de que no se haga referencia a una norma aplicable, la norma será aquella que resulte equivalente o superior a las normas oficiales de la República del Paraguay. Cualquier cambio de dichos códigos o normas durante la ejecución del contrato se aplicará solamente con la aprobación de la contratante y dicho cambio se registrará de conformidad a la cláusula de adendas y cambios.

El proveedor tendrá derecho a rehusar responsabilidad por cualquier diseño, dato, plano, especificación u otro documento, o por cualquier modificación proporcionada o diseñada por o en nombre de la contratante, mediante notificación a la misma de dicho rechazo.

## Detalles de los productos y/o servicios con las respectivas especificaciones técnicas - CPS

Los productos y/o servicios a ser requeridos cuentan con las siguientes especificaciones técnicas:

### COBERTURA 1

#### **BENEFICIARIO TITULAR: Titulares Permanentes**

- Son considerados BENEFICIARIO TITULAR el funcionario/a permanente.

#### **BENEFICIARIOS DIRECTOS**

- **Titular casado**, su cónyuge (ya sea por matrimonio formal o por matrimonio de hecho (bajo las condiciones establecidas en el Código Civil y sus modificaciones), sus hijos hasta los 20 años de edad, hijos con discapacidad mental y/o física sin límite de edad. El divorcio vincular declarado podrá extinguir la calidad de BENEFICIARIO/A, a decisión del titular, este hecho no devuelve el estatus de soltero al beneficiario (en caso de matrimonio formal o de hecho).
- **Titular soltero**, sus hijos hasta 20 años de edad, hijos con discapacidad mental y/o física sin límites de edad y sus padres hasta los 65 años de edad. Cuando los padres incluidos como beneficiarios del seguro médico sobrepasen los 65 años deberán abonar en forma adicional según escala.
- En caso de nacimiento de un hijo del titular, beneficiario (cónyuge ya sea por matrimonio formal o, de hecho) se dará cobertura de forma inmediata bajo la responsabilidad del titular. La Administración tendrá 15 días de plazo para formalizar la inclusión del/de los mismo/s.

- El titular podrá incluir en su grupo familiar hasta 1 (una) persona en situación de tutoría/guarda declarada (el vínculo y la situación deberá ser demostrado fehacientemente).
- Las incorporaciones de nuevos titulares deberán ser realizada por la Dirección de Gabinete de la DGA en representación de la institución contratante dentro de los primeros 5 (cinco) días de cada mes para su incorporación al servicio. La cobertura tendrá vigencia desde la comunicación de inclusión por nota oficial.
- Los funcionarios jubilados, podrán seguir como asegurados con la misma cobertura, pero sólo se incluirá al jubilado y su cónyuge. La continuidad del servicio deberá ser gestionada por el funcionario jubilado ante la ASEGURADORA. El pago por la cobertura correrá por cuenta del mismo y será de una prima del 100% del precio adjudicado por titular, durante el presente contrato.

#### **BENEFICIARIOS ADHERENTES**

En caso de adherentes, que podrán ser el Padre, Madre y los hijos mayores de 20 años de edad del titular, el pago por su cobertura correrá por cuenta exclusiva del beneficiario titular, cuyo monto máximo deberá ser conforme al siguiente detalle:

De 0 a 30 años = Gs. 400.000

De 31 a 40 años = Gs. 450.000

De 41 a 50 años = Gs. 550.000

De 51 a 70 años = Gs. 650.000

De 71 a 80 años = Gs. 750.000

Más de 81 años = Gs. 850.000

Los montos establecidos para el cobro a los beneficiarios adherentes serán ajustados a partir del mes siguiente en el que el asegurado cumpla años en cada rango correspondiente, aplicado en forma automática por la aseguradora. El titular debe realizar los pagos respectivos en forma personal ya sea por débito automático, transferencias o pagos en ventanilla, los que podrán ser realizados hasta los 5 días hábiles del mes siguiente. El atraso en el pago no podrá ser causante de la suspensión de los servicios hasta los 10 (diez) días desde el vencimiento.

Los BENEFICIARIOS Adherentes, deberán permanecer en esta condición desde su incorporación hasta el final del contrato debiendo abonar desde su incorporación efectiva, a cuyo efecto, el titular suscribirá una carta de compromiso, en la que deberá constar los datos personales (nombre, apellido, domicilio particular, número telefónico, parentesco con el titular, etc.).

Las bajas de estos BENEFICIARIOS Adherentes deberán ser comunicadas por el titular y serán realizados únicamente cuando este deje de pertenecer a la institución por cualquier causa: renuncia, despido, retiro voluntario, jubilación, etc. del titular o fallecimiento del BENEFICIARIOS Adherentes).

- Las incorporaciones de BENEFICIARIOS adherentes durante la vigencia del contrato solo podrán ser realizadas por el nombramiento de nuevo titular.
- La institución se compromete a realizar las comunicaciones de altas (por nombramientos, nacimientos, etc.) o bajas (por renuncia, despido, retiro voluntario, jubilación, fallecimiento, etc.) de titulares a cargo del administrador del contrato - la Dirección de Gabinete de la DGA.
- Las comunicaciones de inclusiones de BENEFICIARIOS ADHERENTES (pagos) serán realizadas por cada titular, ante la ASEGURADORA, dentro de los 45 días siguientes a la firma del contrato; la cobertura y facturación de los servicios tendrá vigencia desde la entrega del carnet al asegurado adherente, previo pago a LA ASEGURADORA, mismo procedimiento será aplicado a los nuevos funcionarios incorporados para con sus adherentes.

El servicio administrativo de LA ASEGURADORA, deberá estar a disposición del beneficiario en forma permanente (24 horas al día), incluyendo sábados, domingos y feriados para casos de urgencia, a fin de proveer la cobertura sanatorial a los servicios requeridos, como así también los trámites de visaciones y coberturas.

La ASEGURADORA, contará con un personal permanente con el suficiente poder de decisión para la atención de los

beneficiarios, durante y fuera de los horarios administrativos en días inhábiles inclusive; para el cumplimiento de esta cláusula, la ASEGURADORA deberá comunicar a la Dirección de Gabinete de la DGA por escrito la nómina de los funcionarios con sus respectivos números telefónicos, en el plazo de 5 (cinco) días hábiles desde la firma del contrato.

La ASEGURADORA deberá proveer, a solicitud de la Dirección de Gabinete de la DGA, datos estadísticos respecto a consultas, intervenciones, análisis clínicos, internaciones, imágenes, utilización de servicios de urgencias y emergencias en un plazo máximo de 5 (cinco) días hábiles desde la recepción de la solicitud.

En caso de solicitarse historias clínicas, la entrega por parte del sanatorio deberá ser aprobada por el paciente ya que la misma es confidencial.

La ASEGURADORA deberá proveer a solicitud del titular el estado de cuenta y/o listado de servicio de los Beneficiarios titulares, beneficiarios directos y adherentes, en un plazo no mayor a 48 horas.

#### **LA IDENTIFICACION**

LA ASEGURADORA, proporcionará a cada Beneficiario, una Tarjeta de Identificación nueva de carácter intransferible a cargo de la Aseguradora, que lo acreditará como tal y que deberá exhibir toda vez que requiera servicios médicos, sanatoriales y/o diagnósticos cubiertos.

La pérdida o extravío de la Tarjeta de Identificación, se deberá comunicar de inmediato a la Empresa, en cuyo caso la renovación correrá por cuenta y costo del beneficiario y/o su adherente, la que deberá ser solicitada a la aseguradora y proporcionada por esta en un plazo no mayor de 24 horas.

#### **VIGENCIA DE LOS SERVICIOS:**

Se concede la VIGENCIA INMEDIATA en todos los servicios. La vigencia y la cobertura de la totalidad de los servicios corren desde la fecha dispuesta en el Contrato y hasta el plazo establecido. El atraso en el pago no imputable a la contratante no podrá ser causante de la suspensión de los servicios, de darse esta suspensión del servicio la contratante podrá solicitar la rescisión del contrato.

En caso de nacimiento de un hijo del titular, beneficiario (cónyuge ya sea por matrimonio formal o de hecho) se dará cobertura de forma inmediata bajo la responsabilidad del titular, en caso que él no desee incorporar al hijo de un adherente en el seguro, el titular deberá comunicar en un plazo de 72 hs. su exclusión y cualquier gasto que se haya generado en ese plazo deberá ser cubierto por el titular.

#### **COBERTURA TOTAL:**

Se entenderá por cobertura total la inclusión de los honorarios profesionales, paramédicos, centros de diagnósticos, de rehabilitaciones, ambulancias y traslados en todas las modalidades y demás servicios requeridos por la naturaleza del contrato, independientemente del saldo de cobertura en los demás servicios.

Los casos congénitos no serán cubiertos por el contratista, salvo los nacidos durante la vigencia del contrato, si deben ser cubiertos todos los casos adquiridos durante la vigencia del presente contrato, y hasta los 3 años de edad.

Además, se incluirá la libre elección de profesionales, centro de diagnóstico, de rehabilitación y servicios sanatoriales para capital y principales ciudades del interior del país (consultas, urgencias, cirugías, internaciones, y otros servicios) de conformidad al listado de profesionales con los que la aseguradora posea contrato de prestación de servicios.

Los profesionales habilitados para consultas y tratamientos deberán estar habilitados además para los casos que se requieran cirugías.

#### **ASISTENCIA MÉDICA Y SANATORIAL INTEGRAL**

A los efectos del presente contrato evento se entenderá como cobertura por evento a todo proceso relacionado a una enfermedad clínica y/o quirúrgica y sus complicaciones, hasta tanto no se hayan resuelto e independientemente a la cantidad de internaciones y/o procedimientos médico quirúrgicos. Si el paciente tuviera más de un diagnóstico se cubrirá por el que motivó la internación o el cuadro de base.

Desde el 1º día de ingreso del paciente sea en urgencia, internaciones, terapia intermedia, terapia intensiva, etc. Y a petición de parte, el sanatorio deberá proporcionar al grupo familiar, cada 24 horas, un extracto detallado de los descartables, medicamentos, consultas y cualquier otro gasto que fuese imputado a la línea de crédito del paciente separado por evento y nivel de atención sea Urgencias, internaciones, terapia intermedia, terapia intensiva.

Una vez obtenido el alta médica, el sanatorio deberá proporcionar al grupo familiar, la factura correspondiente en un plazo máximo de 2 horas, la Aseguradora será responsable del cumplimiento de este requisito.

Las empresas sub-contratadas por la Prestadora de Servicios brindarán los servicios bajo las mismas condiciones requeridas en el Contrato.

#### **VISACIONES**

Se aclara a todos los efectos que, las visaciones de las órdenes médicas y/o consultas médicas podrán realizarse en todos

los casos en forma personal, vía correo electrónico, vía WhatsApp o vía fax.

La prestadora deberá remitir la correspondiente visación o respuesta en un plazo máximo de 24 (veinticuatro) horas, excepto las intervenciones o procedimientos programados que deberá remitir o responder en un plazo máximo 48 (cuarenta y ocho) horas, y los casos de urgencia que no deberá exceder los 30(treinta) minutos.

LA PRESTADORA deberá proveer las direcciones de correo electrónico y los números telefónicos a los cuales los beneficiarios y adherentes podrán remitir las órdenes, en horario normal de oficina, para casos ambulatorios no derivados de la urgencia. En los casos de urgencia, el paciente asegurado deberá acudir directamente al servicio de urgencia y/o emergencia de los prestadores en convenio, sin necesidad de visaciones, únicamente con carnet y/o cédula de identidad.

#### **HONORARIOS PROFESIONALES:**

Estarán cubiertos hasta el 100% (cien por ciento) todos los honorarios profesionales de especialidades reconocidas por el Circulo Paraguayo de Médicos, en internaciones, cirugías, servicios de urgencias, tratamientos, procedimientos, controles de rutina y estudios propios de las especialidades que el profesional pueda brindar, sean accidentales o no, incluyendo los derivados de eventos deportivos, las que tendrán de cobertura, conforme a las siguientes condiciones:

#### **ESPECIALIDADES:**

Todas las especialidades deberán contar con un mínimo de 5 (cinco) profesionales que cuenten con certificación o recertificación del Ministerio de Salud Pública en las diversas especialidades requeridas por los asegurados, su grupo familiar y beneficiarios adherentes, de reconocida capacidad e idoneidad (cuyo parámetro será que cuente con por lo menos 5 años de ejercicio en la especialidad), a excepción de aquellas especialidades que no acrediten la disponibilidad de profesionales requeridos. Cualquier alteración de la lista de médicos, debido a inclusiones o exclusiones de profesionales, deberá ser comunicada por escrito a la Contratante en un plazo no mayor a 48 horas. La Empresa adjudicada deberá publicar el listado de profesionales habilitados en la página web de la prestadora.

Quedan excluidos de cobertura los sucesos derivados de eventos de alto riesgo como automovilismo, boxeo y artes marciales, además de aquellos derivados de actividades penalizados por las leyes vigentes.

También deben estar incluidas las inspecciones médicas en general solicitadas por Instituciones de enseñanza para la realización de actividades físicas.

Están incluidas las consultas virtuales mediante el uso de las tecnologías de la información y comunicación, como video-llamada u otra habilitada por el profesional médico, debiendo garantizar siempre la prestación efectiva de los servicios.

El beneficiario titular y/o beneficiario y/o adherente, podrán consultar con un profesional que no se encuentre en el listado de médicos del contratista del seguro y sanatorios habilitados, no más de 2 (dos) veces por mes, y la cobertura se realizará por el sistema de reembolsos hasta Gs. 150.000 (guaraníes ciento cincuenta mil) por cada factura presentada. - Esta solicitud de reembolso por parte del asegurado, podrá efectuarlo hasta 30 días posteriores de consulta; y el pago o reembolso se realizará en un plazo máximo de (10) diez días posteriores a la solicitud de reembolso. Todos los servicios ofertados por la ASEGURADORA deberán estar a disposición del beneficiario en forma permanente, sin que puedan alegarse razones de orden financiero (atraso en pagos y/o transferencias) que impidan la atención de cualquiera de los profesionales del plantel, salvo causas de indisponibilidad fundadas en las leyes laborales de la República.

La ASEGURADORA podrá contratar los profesionales solicitados por la Contratante a satisfacción de los titulares, siempre y cuando medie consentimiento escrito de estos profesionales (médicos), durante la vigencia del contrato.

Los honorarios y otros requerimientos médicos en cirugías de malformaciones congénitas, tales como pie bot, hidrocefalia, ano imperforado, hernias, labio leporino, criptorquidia, hipertrofia de clítoris, extrofia-epispadia, estrechez de píloro, cataratas y cualquier otra malformación que no sea de alta complejidad, para adherentes y beneficiarios nacidos durante la vigencia de este contrato y hasta los 3 años de edad contarán con cobertura completa, dentro de los límites establecidos para los diferentes servicios.

#### **ESPECIALIDADES CUBIERTAS.**

ALERGIOLOGIA  
ANATOMIA PATOLOGICA  
ANESTESIOLOGIA Y ALGOLOGÍA  
ANALGESIA EN PARTOS  
ARTROSCOPIA  
CARDIOCIRUGIA  
CARDIOLOGIA CLINICA  
CARDIOLOGIA ADULTOS  
CARDIOLOGIA PEDIATRICA  
  
CIRUGIA GENERAL (menor y mayor)  
  
CIRUGIA ONCOLOGICA

CIRUGIA VASCULAR PERIFERICA  
CIRUGIA PEDIATRICA  
CIRUGIA PLASTICA REPARADORA FUNCIONAL (no estética)  
CIRUGIA TORAXICA  
CIRUGIA VIDEOLAPAROSCÓPICA  
CISTOSCOPIA  
COLOPROCTOLOGIA  
CLINICA MÉDICA  
CLINICA NEUROLOGICA  
CLINICA GERIATRICA  
DERMATOLOGIA (Adultos y Niños)  
DIABETOLOGIA (Adultos y Niños)  
DIETOLOGIA NUTRICIÓN: consultas y tratamiento.  
NUTRICIÓN PEDIATRICA  
ENDOCRINOLOGIA (Adultos y Niños)  
FISIOTERAPIA EN GENERAL  
FISIOTERAPIA NEUROLOGICA  
FISIOTERAPIA PULMONAR  
FLEBOLOGIA  
FONOAUDIOLOGIA/FONIATRÍA  
GASTROENTEROLOGIA (ADULTOS Y NIÑOS)  
GERIATRIA  
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA  
HEMATOLOGIA (ADULTOS Y NIÑOS)  
HEMOTERAPIA  
HEPATOLOGIA  
HISTEROSCOPIA  
INFECTOLOGIA ADULTOS  
INFECTOLOGIA PEDIATRICA  
MASTOLOGIA  
NEONATOLOGÍA  
NEFROLOGIA  
NEUMOLOGIA (ADULTOS Y NIÑOS)  
NEUROCIRUGIA  
NEUROLOGIA (ADULTOS Y NIÑOS)  
OFTALMOLOGIA (ADULTOS Y NIÑOS)  
ONCOLOGIA CLINICA (ADULTOS Y NIÑOS)  
QUIMIOTERAPIA  
OTONEUROLOGIA (ADULTOS Y NIÑOS)  
OTORRINOLARINGOLOGIA. (ADULTOS Y NIÑOS)  
PEDIATRIA  
PSICOLOGIA hasta 4 consultas/mes

PSICOLOGÍA PEDIÁTRICA

PSICOPEDAGOGIA

PSIQUIATRIA

REUMATOLOGÍA

TOXICOLOGIA

TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA. (ADULTOS Y NIÑOS)

TRANSFUSIONISTA

UROLOGIA (Adultos y Niños)

Este listado es meramente enunciativo y no limitativo, deberán estar cubiertas todas las especialidades y especialistas habilitados por el Circulo Paraguayo de Médicos y/o Sociedades y que cuenten con vínculo contractual con la Prestadora.

#### **INTERNACIONES**

Con cobertura inmediata y total hasta el alta del paciente, en por lo menos cuatro centros asistenciales de Nivel 3 en Asunción y tres de Nivel 2, habilitados por el Ministerio de Salud Pública y propuestos por el seguro, a libre elección del asegurado y/o del médico tratante. Deberá contar además con otros centros asistenciales y sanatorios en el área de Gran Asunción y las principales ciudades del interior del país, cuyo listado deberá ser presentado al momento de la presentación de la oferta. En el caso que no existan salas para internación disponibles en los centros habilitados LA ASEGURADORA deberá habilitar el traslado del paciente (titular, beneficiario o adherente) a otro centro asistencial del mismo nivel con cargo a LA ASEGURADORA.

Los sanatorios deberán contar con habitación individual, con baño privado, teléfono, T.V., dieta del paciente, ambiente climatizado, cama para el acompañante, colchón de agua o aire en caso necesario, atención médica (con profesionales que sean o no del plantel a cargo de la Aseguradora) y de enfermería. Deberán estar cubiertos todos los medios auxiliares de diagnóstico, medicina por imágenes y servicios laboratoriales, fisioterapia de cualquier naturaleza, alimentación del paciente por cualquier vía, incluyendo preparado y asistencia de nutricionista conforme a la indicación del médico tratante y cualquier otro tipo de tratamiento necesario hasta el alta del paciente. No existe limitación respecto a la cantidad de veces que el asegurado, su grupo familiar o beneficiarios adherentes deban internarse. Los límites establecidos con relación a los montos de medicamentos y descartables y/o desechables se considerarán por cada evento.

Desde el primer día de internación, EL SANATORIO deberá proveer al grupo familiar, cada 24 horas, un extracto detallado de los medicamentos, consultas, descartables u cualquier otro gasto que fuese imputado a la línea de crédito del paciente. Deberán estar cubiertas las internaciones para la realización de estudios, en caso de ser necesario, a solicitud del médico tratante.

En el caso de que el paciente necesite Sangre, plasma y/o derivados, EL SANATORIO deberá proveer los mismos y solicitar posteriormente al Grupo Familiar la reposición correspondiente. Todos los análisis correspondientes a la Sangre, plasma y/o derivados, así como transfusiones (hasta 10 transfusiones por evento), deberán ser realizados sin costo alguno para EL ASEGURADO, SUS BENEFICIARIOS Y ADHERENTES.

Cobertura de medicamentos material descartable, y desechables (incluyendo además termómetros, guantes de goma, algodón, tapabocas o cualquier otro requerimiento por cuestiones de protocolo sanitario) por valor de ocho millones de guaraníes (G. 8.000.000.-), por evento, sea por internaciones clínicas, quirúrgicas, para el beneficiario titular, su grupo familiar y adherentes siempre que guarde relación al episodio tratado o cualquier afección adquirida durante la internación, cualquiera sea la naturaleza de los mismos, incluyendo oxígeno terapia, cualquier principio activo utilizable en problemas de salud e inmunoterapia, los partos y cesáreas (exclusivo para titulares y conyugue del titular e hijos dentro del grupo familiar). Se tendrá en cuenta para la cobertura de medicamentos, descartables y/o desechables desde el día de ingreso en este servicio.

Los precios de los medicamentos, materiales descartables, desechables y cubiertos facturados no podrán ser superiores que en las farmacias de plaza o comercio del ramo, según precio de venta al público fijado por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, el mismo podrá ser verificado en cualquier momento por la Administración del Contrato, de la institución contratante.

La internación y cirugías de malformaciones congénitas, tales como pie bot, hidrocefalia, ano imperforado, hernias, labio leporino, criptorquidia, hipertrofia de clitoris, extrofia-epispadia, estrechez de píloro, cataratas y cualquier otra malformación que no sea de alta complejidad, para adherentes y beneficiarios nacidos durante la vigencia de este contrato y hasta los 3 años de edad contarán con cobertura completa, dentro de los límites establecidos para los diferentes servicios.

#### **TERAPIA INTENSIVA (adultos y niños)**

Con cobertura del 100% hasta 10 (diez) días por episodio, por cada titular, beneficiario y/o adherente.



Servicios cubiertos: pensión sanatorial, honorarios profesionales, servicio de enfermería, alimentación del paciente por cualquier vía, incluyendo preparado y asistencia de nutricionista conforme a la indicación del médico tratante, oxígeno terapia, equipos propios de la Unidad de Terapia Intensiva con colchones de agua y aire, fisioterapia de cualquier naturaleza, cuidado de enfermería y todos los medios auxiliares de diagnósticos, servicios laboratoriales, radiológicos y los descartables, desechables y medicamentos en general. Durante este tiempo no se requerirá garantía o aval alguno, ya sea personal o en efectivo al beneficiario, cuando el servicio corresponde a internación de Terapia Intensiva y sea realizado en los centros designados por la prestadora de servicios, antes de agotar las coberturas establecidas. La cobertura de medicamentos, descartables y/o desechables (incluyendo además termómetros, guantes de goma, algodón, tapabocas o cualquier otro requerimiento por cuestiones de protocolo sanitario) hasta G. 25.000.000.- (guaraníes veinticinco millones) para terapia intensiva por evento.

Solo en el caso de exceder las coberturas establecidas en el contrato, que generen deudas a los titulares, su grupo familiar y/o adherentes, la Prestadora deberá informar la situación al beneficiario de su estado de cuentas y no podrá solicitar aval y establecerá, de común acuerdo, la forma de pagos, y en ningún caso podrá ser exigida cancelación de deuda para realizar procedimientos indicados por los médicos para el paciente internado. En ningún caso la Convocante podrá ser garante ni responsable de las deudas contraídas por el servicio prestado.

En el caso de que el paciente necesite Sangre, plasma y/o derivados, EL SANATORIO deberá proveer los mismos y solicitar posteriormente al Grupo Familiar la reposición correspondiente. Todos los análisis correspondientes a la Sangre, plasma y/o derivados, así como transfusiones (hasta 10 transfusiones por evento), deberán ser realizados sin costo alguno para EL TITULAR, BENEFICIARIO Y/O ADHERENTE, incluyendo procedimiento y honorarios profesionales.

En el caso que no existan camas de terapia intensiva disponibles en los centros habilitados LA ASEGURADORA deberá habilitar el traslado del paciente (titular, beneficiario o adherente) a otro centro asistencial del mismo nivel con cargo a LA ASEGURADORA.

#### **TERAPIA INTERMEDIA (adultos y niños)**

Se registrará en las mismas condiciones del ítem anterior.

#### **INCUBADORA Y LUMINOTERAPIA**

Cobertura total, incluyendo todos los requerimientos conforme a las indicaciones del profesional tratante (incluye Incubadora de transporte). Para los casos de bebés prematuros cobertura total hasta el alta del paciente.

#### **SERVICIOS DE URGENCIAS**

Cobertura total, 100%, en honorarios del médico de guardia, u otro profesional requerido, servicio de enfermería, incluyendo curaciones, derechos de sala de procedimiento/quirófano, todos los estudios para diagnósticos derivados de la consulta, radiólogo y ecógrafo permanente, todos los medios auxiliares de diagnóstico permanente (Radiología, Ecografía, Laboratorio, etc.) y medicamentos, equipos de protección médica, descartables y desechables o de uso personal como termómetros u otros.

LA ASEGURADORA, proveerá la atención médica quirúrgica derivada de cualquier clase de accidente, hasta la total recuperación del accidentado. En casos de accidentes colectivos o quemaduras graves, la atención e internación será hasta el alta del paciente.

Deberán estar cubiertos todos los medios auxiliares de diagnóstico, medicina por imágenes y servicios laboratoriales, hasta el alta del paciente, y la atención e interconsulta con profesionales de todas las especialidades.

Servicio de ambulancias para traslado de pacientes al sanatorio, 24 horas.

**OTROS SERVICIOS CUBIERTOS INTEGRALMENTE** (estos servicios deben ser cubiertos independientemente si es para casos ambulatorios, o para pacientes internados en sala o terapia, incluyendo en todos los casos honorarios de profesionales, medicamentos, descartables, desechables, internación en caso necesario y todo lo que requiera el médico para una mejor atención).

1. Deben estar cubiertos con los derechos operatorios en todo tipo de internaciones e intervenciones quirúrgicas, así como costos de internaciones y servicios de enfermería para todos los eventos.

2. Uso de equipos en general en caso de estudios para diagnósticos, y/o tratamientos incluyendo la utilización de Rayos X, Ecógrafo, Colchones de aire agua, Carpa de Oxígeno, Cuna Térmica, Tomógrafo, Electrocardiógrafo, Ecocardiógrafo, Bomba de contrapulsación intraaórtica, Saturador de Oxígeno, Equipo de Video endoscopia, Equipo de Video laparoscopia, Equipo de artroscopia, Microscopio, Monitor Monitoreo Fetal, Bomba de infusión, Gastos de traslados de equipos y recargos por fuera de hora, Litotriptor, Incubadora de transporte, Equipo de gasto cardíaco, o cualquier otro equipo e instrumental de uso médico, que contribuya al mejor desempeño del profesional para la atención del asegurado titular, beneficiario o adherente, descartable o no descartable, tendrá la cobertura total (100%), incluyendo los honorarios del profesional o ayudantes requeridos para cualquier procedimiento así como los demás requerimientos de los profesionales.

3. Aplicación de Inyecciones, con descartables requeridos, en todos los casos (urgencias y de procedimientos y tratamientos).

4. Nebulizaciones incluyendo servicio y medicamentos, en todos los casos requeridos (urgencias y de procedimientos y tratamientos).
5. Vacunas y su aplicación, en consultorio y procedimientos, test de APGAR. Las vacunas incluyen las obligatorias por el Ministerio de Salud Pública a saber: BCG, SABIN, ANTI TETÁNICA, ANTI SARAMPIONOSA, TRIPLE, DPT, todas las vacunas para HEPATITIS Y MENINGITIS, sin cargo para el asegurado. Las demás vacunas tales como influenza, varicela, HPV con cobertura del 50% para el asegurado y la aplicación y descartables en un 100%.
6. Toma de presión arterial, aplicación de ultrasonidos, masajes, infrarrojo, medicamentos y otros necesarios que pueda necesitar el asegurado, tanto para casos de accidente, como para cualquier requerimiento de atención, tendrá una cobertura total sin costo e inmediata para el titular, beneficiario y/o adherente.
7. Examen médico preventivo anual, que incluya examen clínico, análisis de rutina, rayos x de tórax, ECG, y para mujeres estudio de PAP, mamografía, tendrá una cobertura total sin costo para el titular, beneficiario o adherente y descartables en un 100%.
8. Electrocardiograma de reposo y de esfuerzo (ergometría), Holter, Slecs Midi (esp. reinyección) gatillado, electroencefalograma, audiometrías, con cobertura total a cargo de la ASEGURADORA.
9. Procedimientos endoscópicos, con endoscopios rígidos (videolaparoscópicos, uroscopios, etc.) y flexibles (fibroscopios), ecoendoscopia con y sin punción, gastrostomía, cistoscopia, ureteroscopia, larngoscopia, fibrobroncoscopia, histeroscopia, artroscopia con fines de diagnóstico, cirugía o tratamiento, cubre todo lo necesario para el procedimiento incluyendo honorarios médicos, ayudante, anestesta, uso de equipos y video, materiales y elementos necesario para la realización del procedimiento etc.
10. Las Fisioterapias serán cubiertas hasta 10 sesiones en internaciones o procedimientos ambulatorios, por evento. RPG cobertura a través del sistema de reintegro de Gs. 200.000 por sesión, hasta un total de 5 durante la vigencia de este contrato.
11. La quimioterapia deberá cubrir: la internación, los honorarios profesionales, medicamentos no oncológicos, materiales no oncológicos y descartables no oncológicos, hasta el límite establecido para casos de internaciones. Las drogas oncológicas utilizadas para las sesiones de quimioterapia serán cubiertas hasta el límite establecido para terapia intensiva. En caso de quimioterapia ambulatoria la ASEGURADORA deberá cubrir las drogas oncológicas hasta el límite establecido en terapia intensiva, previa prescripción médica que indique el tratamiento oncológico ambulatorio. La cobertura será aplicada por cada titular, beneficiario y/o adherente, conforme al tratamiento indicado por el médico tratante, durante la vigencia del contrato hasta el límite establecido más arriba para cada uno.
12. Hematología y hemoterapia (Los materiales utilizados forman parte de la cobertura de materiales y/o descartables establecidos en este contrato para casos de internación), incluye los estudios serológicos y estudios Fenotipados de Glóbulos Rojos, honorarios del transfusionista y/o ayudantes y otros requerimientos para el procedimiento.
13. Endocrinología, Dietología, Nutrición incluye consultas y tratamientos o dietas.
14. Alergología y Test alérgicos. Inmunoterapia, incluyendo autovacuna, vacunas especiales, medicamentos, descartables y desechables, test para aeroalergenos y contrastes.
15. Flebología, incluye consulta, estudios, tratamientos ambulatorios y procedimientos quirúrgicos y tratamientos para úlceras venosas o varicosas, úlceras arteriales, úlceras mixtas y post traumáticas, esclerosis venosas (arañitas), con la aplicación de inyecciones. Honorarios profesionales para cirugías por láser serán cubiertos hasta un máximo de 50% (cincuenta por ciento) por la prestadora.
16. Cirugía plástica reparadora, hasta los límites establecidos para medicina de alta complejidad.
17. Monitoreo cardiológico intraoperatorio y monitoreo fetal.
18. Infiltración de Ozono u otro tipo y para todas las afecciones que requieran de este tipo de procedimiento, incluyendo internación en caso de indicación médica, honorarios, medicamentos, descartables, desechables y todo lo que el profesional requiera para el procedimiento.
19. Fonoaudiología y foniatría. Incluye consultas, tratamientos y estudios.
20. Radioterapia, Cobaltoterapia, branquiterapia y acelerador lineal, deberá incluir los medicamentos y materiales descartables-desechables, hasta el límite establecido para medicamentos en el apartado de alta complejidad.
21. Extirpación de Nevo en caso requerido, y dependiendo de la zona afectada, podrá ser realizada por un cirujano plástico con cobertura total.
22. Diálisis y hemodiálisis en los casos agudos (hasta tres por año por beneficiario y su grupo familiar).
23. Estarán cubiertos, las crisis hipertensivas, crisis asmática, anginas de pecho, infarto del miocardio, accidente cerebro vascular, descompensaciones diabéticas.
24. Materiales de osteosíntesis en general, por valor de G. 7.000.000 (guaraníes siete millones) (incluye materiales tales

como placas, clavos, tornillos, alambre, agujas y pines, entre otros, este listado no es limitativo).

25. Inmunoterapia.

26. Test del piecito.

27. Cirugía con fines reparadores por accidentes.

28. Tratamientos especializados en alergias.

29. Cirugía oftalmológica especializada en general.

30. Oftalmología en general: consultas, estudios (incluye campimetría computarizada), procedimientos quirúrgicos, tratamientos, laserterapia casos de vicios de refracción (miopía y otros para casos no estéticos a partir de 5 dioptrías), ejercicios ortópticos, dilatación de pupila, curva de presión ocular, fondo de ojo, facoemulsificación cataratas con implantes de lente intraocular, intra o extracapsular, (este listado es enunciativo, no limitativo), blefaroplastia. En todos los casos incluye usos de equipos, descartables, medicamentos y honorarios. Incluye CROSS LINKING.

31. Cirugía Odontológica. (cubre el derecho operatorio, la sala de internación y anestesia)

32. Cerclaje (para casos de amenaza de aborto)

33. Quemaduras que no superen el 30% de la superficie corporal, tendrá cobertura en internación, procedimientos, curaciones, honorarios, medicamentos descartables, etc. Según los montos estipulados en el apartado de internaciones.

34. Transporte aéreo de paciente.

35. Cirugía coloproctológica, hemorroidectomía con engrapadora mecánica (hemorroidopexia, incluye ligasure), laser, banding, etc.

36. Cirugía de Hernia, Uni y Bilateral, umbilical u otros, congénita o adquirida. Incluye materiales protésicos para hernias por valor de Gs. 1.500.000 (guaraníes un millón quinientos mil) por evento.

37. Tratamientos de electrolisis percutáneas: hasta 5 (cinco) sesiones. Incluye uso de equipos, medicamentos y descartables. La Aseguradora otorgará la cobertura por sistema de reembolso a solicitud.

38. Control de dispositivos intracardiacos, externos o internos (marcapasos, desfibriladores, resincronizadores y otros) con 100% de cobertura.

39. Radioterapia, Cobaltoterapia, deberá incluir los medicamentos y descartables hasta el límite establecido para medicamentos en el apartado de alta complejidad.

40. Se incluirá procedimientos post quirúrgicos: tales como curaciones, extracción de puntos, suturas, control, con 100% de cobertura, así como curaciones de pie diabético, úlceras crónicas, quemaduras y similares, toma de presión arterial, nebulizaciones, aplicación periódica de inyectables (incluye descartables, no medicamentos de tratamiento o indicaciones ambulatorios) y otros servicios de enfermería con cobertura del 100%.

41. Cirugías de patologías Crónicas para el titular y grupo familiar 100 % por evento, adherentes pagos, primera 100% segunda 50 % y las demás 25%.

42. Anatomía Ppatológica: incluyendo biopsia de todo tipo.

43. Dermatología: incluye estudios, tratamientos clínicos, biopsias, extracción de tumores, lunares y verrugas (hasta 10 lesiones/año por cada beneficiario, titular, grupo familiar y/o adherente).

44. Ginecología y Obstetricia: cobertura en colocación y extracción de dispositivo intrauterino.

45. Hemoterapia: los transfusionistas en convenio deberán ser profesionales acreditados por la sociedad de hemoterapia.

46. Ureterescopía.

## VISITAS DOMICILIARIAS

Visitas con carácter no urgente a cargo de un plantel compuesto por tres médicos para adultos y tres para niños, dentro de las tres horas de recibido el llamado (indefectiblemente), mediante pago de un ticket moderador a cargo del paciente. Estas visitas deberán realizarse en toda la zona de la capital y su zona de influencia (hasta 30 km. a la redonda). Los honorarios del Profesional Médico que realice los estudios (análisis clínicos, ecografías, radiográficos con equipo portátil y electrocardiogramas, etc.) tendrán cobertura total siempre que se compruebe fehacientemente que el paciente se halla imposibilitado físicamente de concurrir a los servicios mencionados.

Deberá también contemplarse la asistencia domiciliaria para análisis clínicos, ecografías, radiográficos con equipo portátil y electrocardiogramas, con cobertura total siempre que se compruebe fehacientemente que el paciente se halla imposibilitado de concurrir a los servicios mencionados.

En los casos requeridos por la los beneficios o su grupo familiar se podrá realizar consultas a domicilio con un ticket moderador por consultas de hasta de G. 50.000.- (cincuenta mil guaraníes) a cargo del Contratista. Para estos casos se podrá realizar la toma de muestras laboratoriales a domicilio, electrocardiogramas, radiografías y ecografías con equipos portátiles serán 50% con cargo para el beneficiario y 50% a cargo de la ASEGURADORA.

#### **CENTROS ASISTENCIALES EN ASUNCIÓN**

Cobertura para consultas e internaciones, estudios laboratoriales y radiológicos, urgencias y de emergencias, 24 horas, en Asunción. El Contratista deberá habilitar como mínimo 7 (siete) centros asistenciales en Asunción, de los cuales, como mínimo 4 (cuatro) deben ser del Nivel 3 y 3 (tres) del Nivel 2 según la categorización de la Superintendencia de Salud (uno de los Sanatorios nivel 3 de la Capital debe contar con el Equipo de tomógrafo y resonancia magnética las 24 horas, con certificación de los equipos en funcionamiento comprobada a través de sus fichas técnicas).

De no contarse con el Centro Especializado (UTI), la Prestadora se hará cargo del traslado del paciente hasta la Unidad de Terapia más próxima habilitada por la ASEGURADORA y dará una cobertura del 100% conforme al apartado de terapia Intensiva del presente contrato. Si estos Centros cuentan con servicios de fisioterapia y rehabilitación deberán estar habilitados para la prestación del servicio respectivo a los Asegurados.

En el caso que no existan camas para internación disponibles en los centros habilitados LA ASEGURADORA deberá habilitar el traslado del paciente (titular, beneficiario o adherente) a otro centro asistencial del mismo nivel con cargo a LA ASEGURADORA.

Además deberá contar con dos centros especializados en pediatría y un Centro o Sanatorio especializado en Traumatología para consultas, cirugías, estudios, tratamientos, urgencias que debe contar con quirófanos, arco en C y servicio de internación.

#### **EN GRAN ASUNCIÓN E INTERIOR DEL PAÍS**

Cobertura para consultas e internaciones, estudios laboratoriales y radiológicos, urgencias y de emergencias, 24 horas, en las ciudades circunvecinas de la capital y principales ciudades departamentales de los distintos departamentos. De no contarse con el Centro Especializado (UTI), la Prestadora se hará cargo del traslado del paciente hasta la Unidad de Terapia más próxima habilitada por la ASEGURADORA.

En el caso que no existan camas para internación disponibles en los centros habilitados LA ASEGURADORA deberá habilitar el traslado del paciente (titular, beneficiario o adherente) a otro centro asistencial del mismo nivel con cargo a LA ASEGURADORA.

#### **SEGURO DE VIAJERO Para titulares y por razones laborales a pedido de la Institución:**

Cobertura para consultas e internaciones, estudios laboratoriales y radiológicos, para casos de urgencias, durante viajes al exterior, por razones laborales, a pedido de la institución del titular (hasta US\$ 60.000). Incluye cobertura COVID.

#### **OTRAS CONSIDERACIONES**

Debe contar con un mínimo de 5 centros de fisioterapia y rehabilitación en todo momento en Asunción y por lo menos 3 en las principales ciudades de Gran Asunción, en caso que existan cambios deben ser reemplazados por otros y ser comunicados por escrito a la CONTRATANTE con 48hs. de anticipación.

Deberá contar con dos centros especializados en pediatría, con terapia intensiva habilitada, y un Centro o Sanatorio especializado en Traumatología para consultas, cirugías, estudios, tratamientos, urgencias que debe contar con quirófanos, arco en C y servicio de internación.

Si un beneficiario se encuentra en una situación que signifique compromiso inmediato y severo de sus signos vitales, podrá buscar auxilio en cualquier otro Centro Médico más cercano. Estos casos comprenden los derivados de accidentes de tránsito, primeros auxilios, partos y otros imprevistos. Ocurrido el episodio se comunicará dentro de las primeras 24 (veinticuatro) horas, salvo excepcionales, para que la Prestadora se haga cargo del paciente, indicando su traslado o continuidad en dicho centro, conforme a las indicaciones del profesional tratante. Deberá incluir los servicios de ambulancias requeridos según el caso.

La ASEGURADORA brindará servicios de ambulancia a través de por lo menos dos empresas (cuyo parámetro será el estar por lo menos 3 años prestando servicios dentro del mercado) para los traslados dispuestos por médicos tratantes o visitante, dentro de la capital y ciudades circunvecinas, así mismo estos servicios deberán contar con Unidades Móviles de Unidad Coronaria. Este servicio estará siempre cubierto, independientemente del saldo de cobertura que tenga el paciente de cualquier tipo.

En caso de haber 2 (dos) o más funcionarios titulares (matrimonios, hermanos o padres e hijos) las coberturas, una vez llegado al límite establecido en este contrato, serán sumadas para un mismo evento. Asimismo, cuando un funcionario titular se encuentre vinculado, en cualquier carácter, a otro contrato (ya sea esta con otras instituciones públicas, privadas o en forma particular) una vez llegado al límite de su cobertura con este contrato les serán sumadas las coberturas del otro que tenga en vigencia siempre que sea el mismo contratista.

En caso de que el paciente cuente con seguro de IPS, la prestadora de servicios podrá autorizar el ingreso de drogas para el tratamiento de enfermedades crónicas y/u oncológicas.

El Proveedor de servicios deberá publicar en su página web y remitir vía correo electrónico el listado completo de los médicos habilitados para el presente contrato con sus respectivas direcciones y números telefónicos por especialidad, incluyendo las coberturas, el listado de sanatorios habilitados, centros de diagnósticos, de rehabilitación, laboratorios de análisis clínicos (deberá especificar los estudios que se realizan en los centros propuestos de acuerdo a los servicios con cobertura) y servicios sanatoriales para capital y principales ciudades del interior del país (para consultas, urgencias, cirugías, internaciones, y otros servicios), así como las farmacias y ópticas habilitadas para los descuentos acordados por este contrato.

La utilización de los equipos e instrumentales empleados en las especialidades médicas del presente Contrato, tendrán cobertura total, por lo que no podrá requerirse ningún cobro en concepto de derechos o aranceles. Incluye equipos proveídos por el médico sean descartables o no, honorarios, ayudantes, etc.

#### **COBERTURA COVID -19**

La cobertura se aplicará por año.

Titulares:

- Medicamentos y descartables global hasta ₡ 10.000.000 en sala o UTI
- Pensión Sanatorial total 10 días sea en Sala o UTI
- Honorarios médicos: hasta 10 días
- Estudios laboratoriales, de imágenes y diagnósticos.
- Toma de muestras 24 horas, todos los días de la semana de:
  - Hisopado PCR SARSCOV2
  - Serología IGG SARSCOV 2
  - Serología IGM SARSCOV 2
  - Test rápido por antígeno

Grupo Familiar y Adherentes

- Medicamentos y descartables global hasta ₡ 5.000.000 en sala o UTI
- Sala y/o UTI: hasta 7 días
- Honorarios médicos: hasta 7 días
- Estudios laboratoriales, de imágenes y diagnósticos.
- Toma de muestras 24 horas, todos los días de la semana de:
  - Hisopado PCR SARSCOV2
  - Serología IGG SARSCOV 2
  - Serología IGM SARSCOV 2
  - Test rápido por antígeno

Durante este tiempo de internación no se requerirá garantía o aval alguno, ya sea personal o en efectivo al titular, beneficiario o adherente.

#### **MEDICOS CONSULTORES Y/ O INTERCONSULTAS**

Con especialistas a pedido del paciente, o del médico tratante hasta 5 (cinco) consultas por evento, para el caso de médicos que no pertenezcan al plantel con un límite de hasta Gs. 500.000.- (guaraníes quinientos mil) en honorario de cada profesional convocado a cargo de la Aseguradora y cualquier diferencia será a cargo del asegurado, que será por el sistema de reintegro en un plazo no mayor a 48 horas desde el momento de la presentación de la solicitud por parte del asegurado; y para médicos del plantel sin límite de consultas y sin costo para el beneficiario, en las internaciones, urgencias, terapia intensiva o terapia intermedia, que deberán ser de nacionalidad paraguaya o extranjero radicado en el país y los honorarios a cargo de la ASEGURADORA.

#### **MEDICINA DE ALTA COMPLEJIDAD**

El criterio a ser empleado en este ítem es el de lograr una cobertura del 60% para el titular y para los demás integrantes del grupo beneficiario y/o adherentes del 50% a cargo de LA ASEGURADORA (para la determinación de porcentajes se tendrá en cuenta los valores de mercado según los Aranceles de Medicina Pre-paga publicado por la SOPACI) en concepto de honorarios médicos por tratamientos y/o procedimientos y una cobertura de 100% en estudios, análisis según anexos e internaciones.

Prótesis de cualquier tipo, que no se encuentren incluidos en el contrato, así como marcapasos que deberá utilizar el paciente, quedan a cargo del asegurado y podrán ser proveídos por el mismo. Los derechos operatorios deberán estar cubiertos 100% a cargo de LA ASEGURADORA.

Los medicamentos, materiales descartables y desechables (incluyendo además termómetros, guantes de goma, algodón, tapabocas o cualquier otro requerimiento por cuestiones de protocolo sanitario) utilizados para este tipo de evento serán cubiertos hasta la suma de G. 8.000.000 (guaraníes ocho millones) por evento. Deberán estar cubiertos todos los medios auxiliares de diagnóstico, incluidos servicios laboratoriales.

- Quemaduras que superen el 30% de la superficie corporal, los pacientes deberán ser derivados al Instituto del Quemado.
- Cirugía cardiovascular en general, congénitas o adquiridas, incluye hemodinamia intervencionista.
- Cirugía vascular periférica
- Cirugía Neurológica S.N.C. (Cerebro y periférico incluyendo columna)
- Angioplastia transluminal coronaria
- Angioplastias en general no incluye stent, balón ni accesorios.
- Colocación de marcapasos no incluye marcapasos ni parte de este.
- Litotripsia extracorporea
- Laserterapia en general
- Litotripsia ultrasónica
- Cirugía de Cabeza y Cuello
- Cirugía Torácica
- Artroplastia
- Radioterapia

Este listado no es limitativo y deben ser considerados todos los eventos.

Deben ser considerados todos los eventos que sean determinados como de alta complejidad por el médico tratante.

La utilización de los equipos e instrumentales empleados en las especialidades médicas del presente Contrato, tendrán cobertura total, dentro de los montos estipulados para medicamentos, materiales descartables y desechables por lo que no podrá requerirse ningún cobro en concepto de derechos o aranceles. Incluye equipos proveídos por el médico sean descartables o no, honorarios, ayudantes, etc.

#### **MEDICINA POR IMÁGENES**

Este ítem comprende todos los métodos auxiliares de diagnóstico que se efectúan mediante el registro impreso o fotográfico de imágenes efectuado en consultorios o centros especializados dentro del país, con cobertura de gastos en forma integral en concepto de honorarios profesionales, materiales descartables y/o desechables, sustancias de contraste de todo tipo, utilización de equipos, videos, cualquier otro medio auxiliar requerido por el profesional médico, salas para internación o recuperación a cargo de la empresa prestadora de servicios.

Debe contar con un mínimo de 5 centros de diagnóstico general; por lo menos 2 de ellos con experiencia de más de 10 años y 5 centros especializados en diferentes áreas en todo momento, con Certificado de Registro y Habilitación, otorgado por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, en caso que existan cambios deben ser reemplazados por otros y ser comunicados por escrito a la CONTRATANTE con 48hs. de anticipación. Los 10 centros de imágenes para diagnósticos (mínimo de 5 centros de diagnóstico general y 5 centros especializados en diferentes áreas), deben estar habilitados en todo momento y contarán mínimamente con aparatos de rayos X, ecógrafo, tomógrafo digital, electrocardiógrafo, ecocardiografo, equipos de endoscopia, laparoscopia, artroscopia, medicina nuclear, resonancia magnética, cobaltoterapia, y otros aparatos utilizados como medios auxiliares. Asimismo, deberá presentar el listado de otros centros tercerizados de diagnósticos especializados en estudios oftalmológicos, odontológicos, neurológicos, audiológicos, ginecológicos, neurofisiológicos, cardiológicos y otras especialidades conforme al listado de profesionales con servicios con cobertura, en caso que existan cambios deben ser reemplazados por otros y ser comunicados por escrito a la CONTRATANTE dentro de las 48hs posteriores.

La ASEGURADORA deberá especificar en cuales centros se realizan los siguientes estudios: Electroencefalografía, Estudios de Resonancia Magnética Nuclear, Tomografía Axial Computarizada Multislice, Centellografías, PET SCAN, etc. conforme al listado de servicios con cobertura.

#### **LABORATORIOS DE ANALISIS CLINICOS**

Este servicio debe cubrir a los pacientes a domicilio o que concurren al laboratorio forma programada o en casos de urgencias las 24:00 horas del día, todos los días de la semana. Debe tener cobertura integral en concepto de honorarios profesionales, materiales descartables y/o desechables y las determinaciones químicas y microbiológicas.

La ASEGURADORA deberá garantizar, en todo momento (24 horas, todos los días a la semana) la cobertura de los centros laboratoriales de todos los sanatorios ofrecidos y 5 (cinco) centros laboratoriales tercerizados reconocidos por su solvencia y calidad técnica, con más de 10 años de experiencia, de los cuales por lo menos dos (2) deberán tener certificación de

calidad ISO o similar, con Certificado de Registro y Habilitación, otorgado por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, (en Asunción y Gran Asunción). Así también 1 (uno) de los laboratorios deberá proveer servicio de toma de muestras a domicilio, a elección del asegurado las 24 horas, todos los días de la semana, las muestras para dichas determinaciones serán retiradas del domicilio, siendo dicho servicio a cargo de la ASEGURADORA y 1 (uno) con atención 24 horas, de lunes a domingo, para servicio de urgencias y ambulatorios en asunción. En caso que existan cambios en los laboratorios ofertados, los mismos deben ser comunicados por escrito a la CONTRATANTE dentro de las 48 hs de surgida la modificación e inmediatamente ser reemplazados por otro de iguales prestaciones y calidad. En ningún caso se exigirá pago de recargo por servicios los días sábados, domingos o feriados.

Se contará con cobertura total para estudios laboratoriales, en sanatorios/laboratorios en las ciudades circunvecinas de la capital y principales ciudades departamentales de los distintos departamentos.

#### **ASISTENCIA DOMICILIARIA DE EMERGENCIAS**

A cargo de una unidad móvil (ambulancia equipada para urgencias de todo tipo, personal médico y paramédico, medicamentos y materiales descartables y/o desechables), sin costo para el paciente. Este servicio debe efectuarse durante las 24:00 horas del día durante todo el año.

#### **SERVICIOS SIN COBERTURAS**

Son los que habitualmente no son cubiertos en los contratos de medicina pre-paga. No obstante la tendencia será el logro de aranceles con descuentos.

Se detallan a continuación:

Los casos congénitos que no estén previstos en este contrato.

Atención, internación y alimentación de los beneficiarios y su grupo familiar en caso de intento de autoeliminación y sus secuelas, ya sean físicas o mentales.

Cirugía con fines estéticos (no reparadora).

Malformaciones congénitas en adultos (salvo cardiocirugía).

Tratamiento médico-quirúrgico con fines de esterilidad y/o fertilización.

Enfermos mentales ya sean depresivos o excitados.

Alcohólicos agudos y crónicos, (siempre que sea una patología diagnosticada, accidentes para conductores que den alcotest positivo no tendrá cobertura, salvo el caso de pasajeros que sean titulares, beneficiarios o adherentes que si tendrán cobertura total), drogadicción o cualquier entidad mórbida sufrida estando el abonado bajo los efectos de los mencionados.

Sangre, plasma y derivados.

Formolizaciones.

Acupunturas, homeopatía.

Lipoaspiración,

Diagnóstico neurofisiológico de la impotencia sexual masculina y técnica de fertilización asistida.

Lesiones causadas por investigaciones en etapas experimentales, no reconocidas por instituciones oficiales o científicas.

SIDA y sus consecuencias

Tratamientos con fines estéticos.

Gastos de acompañante, comunicaciones telefónicas.

Internaciones y honorarios médicos por curas de adelgazamiento de rejuvenecimiento, de reposo, de sueño.

Cámara hiperbárica.

Internaciones electivas o para cuidados de enfermería, enfermería privada.

Necropsias, toxicomanías, órtesis de cualquier naturaleza y aparatos para sustitución o complemento de función no previstos en este contrato.

Tratamiento y cirugías para la impotencia sexual.

Tratamiento del aborto provocado y sus consecuencias.

Pruebas relacionadas con genética (ej. prueba de paternidad).

Tratamientos originados por lesiones o enfermedades producidas por fenómenos de la naturaleza que sean declarados catástrofe nacional, actos de guerra o riñas.



Tratamientos de esterilidad, fertilidad.

Tratamientos, prácticas o cirugías que se encuentren en estado experimental, que no sean avalados científicamente, que no se encuentren nombradas por las respectivas sociedades al momento de producirse el evento.

Que se opongan a normas legales vigentes.

Trasplantes, implantes, explantes, injertos, Celuloterapia, digitopuntura o similar, siempre que no estén previstos dentro del contrato en algún apartado especial anterior.

Medicina ortomolecular y Medicinas alternativas en general.

Prótesis de cualquier tipo (quedan a cargo del asegurado y podrán ser proveídos por el mismo) siempre que no estén previstos en este contrato.

Los casos preexistentes y crónicos no serán considerados como servicios sin cobertura.

#### **DESCUENTO EN MEDICAMENTOS**

Deben otorgar descuentos de 30% en medicamentos nacionales e importados hasta G. 3.000.000.- (guaraníes tres millones) por cada titular, beneficiario o adherente, durante la vigencia de este contrato, (el monto acumulativo del descuento será por los medicamentos adquiridos con receta y se le haya aplicado el descuento), en por lo menos 4 (cuatro) cadenas de farmacias con sucursales en Asunción y Gran Asunción y principales ciudades del interior del país, cuya lista deberán presentar con la oferta y publicada en la página web del proveedor con las respectivas direcciones. Los saldos deben ser acumulables en el grupo familiar (en el caso que un miembro utilice la totalidad de su disponible podrá seguir utilizando el disponible de su grupo familiar, con beneficiarios y adherentes). No se limitará la cantidad de medicamentos por receta médica.

#### **DESCUENTO EN OPTICAS**

Deben otorgar descuentos de 50 % como mínimo en cristales y armazones en las ópticas cuya lista deberán presentar con la oferta, los descuentos deben ser de hasta Gs. 1.000.000 por cada integrante del grupo familiar (titular, beneficiario y/o adherente).

#### **ESTUDIOS DE DIAGNOSTICO**

##### **CONSIDERACIONES GENERALES:**

- 1- Todos los estudios deberán ser solicitados por un profesional médico.
- 2- Las órdenes de estudios de diagnóstico y tratamiento deberán contar con los siguientes requisitos: Apellido y Nombre del paciente, estudio solicitado, en relación con la patología investigada, salvo los exámenes de rutina y el chequeo médico anual, fecha de emisión, firma y sello del médico tratante.
- 3- Las visaciones de las órdenes de estudios de diagnóstico, son obligatorias, las cuales se deberán efectuar en la oficina de la ASEGURADORA, vía fax o e-mail.
- 4- Las órdenes de solicitud de estudios auxiliares de diagnóstico tendrán una validez de 30 (Treinta) días a partir de la fecha de expedición por parte del médico tratante; en caso de no contar con fecha de expedición la misma correrá a partir de la fecha de visación.
- 5- El uso de sala para la realización de cualquier tipo de procedimientos, para la realización de estudios de diagnóstico, tendrá una cobertura del 100%. Incluye uso del equipo necesario, materiales descartables y/o desechables, materiales de contrastes, honorarios de profesionales, y cualquier tipo de requerimiento necesario. Incluye internación en caso de ser necesario con las coberturas establecidas en el ítem INTERNACIONES.
- 6- Los estudios de diagnóstico que no se realicen en los centros habilitados por la Aseguradora deberán tener cobertura de 100% por el sistema de reintegro realizados dentro del territorio nacional, incluyendo ciudades del interior del país sin centros con cobertura habilitados por la aseguradora y el pago o reembolso se realizara en un plazo máximo de 48 horas posterior a la solicitud de reembolso.

#### **ANEXO MEDICINA POR IMÁGENES**

Deberán estar cubiertos en un 100% por la ASEGURADORA todos los estudios de medicina por imágenes con cobertura total (conforme al listado que se detalla más abajo), siempre que provengan de una orden escrita de un profesional médico, sea o no del plantel del seguro, independientemente de la especialidad y con las siguientes indicaciones por cada beneficiario, integrante del grupo familiar y adherente.

Todos los estudios deberán incluir honorarios profesionales, contrastes, medicamentos e insumos, materiales descartables, procedimientos, utilización de equipos, videos, salas para internación o recuperación, y cualquier otro medio auxiliar requerido por el profesional médico.



|   |   |
|---|---|
| ABDOMEN SIMPLE  | INTESTINO DELGADO O TRÁNSITO INTESTINAL |
| ACUFENOMETRÍA   | LAPAROSCOPIA                            |
| ANGIOFLUORESCINOGRFÍA (OJOS)                          | LARINGOGRAFÍA CONTRASTADA               |
| ANGIOGRAFÍA CARÓTIDA H/8 PLACAS 2 LADOS               | LASER RETINA PERIFÉRICA                 |
| ANGIOGRAFÍA CARÓTIDA H/8 PLACAS C-LADO                | LINFOGRAFÍA CADA LADO                   |
| ANGIOGRAFÍA DE MIEMBRO 1 LADO H/6 PLACAS              | LINFOGRAFÍA DOS LADOS                   |
| ANGIOGRAFÍA DE MIEMBRO 2 LADOS H/6 PLACAS             | LITOTRIPSIA POR NEFROSTOMÍA             |
| ANGIOGRAFÍA DE CUALQUIER MIEMBRO O PARTE DEL CUERPO   | LITOTRIPSIA URETRAL                     |
| ANGIOGRAFÍA DIGITAL 3D                                | LOGOAUDIOMETRÍA                         |
| ANGIOTAC EN GENERAL                                   | MAMA (PIEZA OPERATORIA)                 |
| ANGIOTOMOGRAFÍA POR REGIÓN                            | MAMA (REPERAGE PARA BIOPSIA)            |
| ANGIORESONANCIA                                       | MAMOGRAFÍA EN TODOS LOS LADOS           |
| ANGIORESONANCIA DE CUELLO Y CEREBRO                   | MAMOGRAFÍA DIGITAL                      |
| ANGIOFLUORESCINOGRFÍA (AMBOS OJOS)                    | MAMOGRAFÍA BILATERAL                    |
| ANORECTAL / ANOSCOPIA                                 | MAMOGRAFÍA UNILATERAL                   |
| ANORECTAL / RECTOSIGMOIDOSCOPIA FLEXIBLE (PROGRAMADA) | MAGNIFICACIÓN CON PRESIÓN LOCALIZADA    |
| ANTEBRAZO EN TODAS LAS POSICIONES                     | MANO EN TODAS LAS POSICIONES            |
| AORTOGRAFÍA LUMBAR O ABDOMINAL                        | MAPEO CEREBRAL COMPUTARIZADA            |

|   |   |
|---|---|
| APÉNDICE  | MAPEAMIENTO DE RETINA                                 |
| ÁRBOL URINARIO SIMPLE                                     | MASTOLOGÍA  |
| ARTERIOGRAFÍA CEREBRAL H/8 PL. 2 LADOS                    | MASTOIDE EN TODAS LAS POSICIONES                      |
| ARTERIOGRAFÍA CEREBRAL H/8 PL. C-LADO                     | MAXILAR INFERIOR EN TODAS LAS POSICIONES              |
| ARTERIOGRAFÍA SELECTIVA (ABDOMINAL O TÓRAX)               | MAXILAR INFERIOR C/ORTOPANTOMOGRFÍA                   |
| ARTERIOGRAFÍA SELECTIVA DOS ARTERIAS                      | MIEOGRAFÍA S/ CONTRASTE NI ESPECIALISTA               |
| ARTERIOGRAFÍA SELECTIVA RENAL 1 LADO                      | MANOMETRÍA Y PHMETRÍA ESOFÁGICA                       |
| ARTERIOGRAFÍA SELECTIVA RENAL 2 LADOS                     | MIEMBRO SUPERIOR E INFERIOR EN TODAS LAS POSICIONES   |
| ARTICULACIONES EN TODAS LAS POSICIONES                    | MONITOREO FETAL                                       |
| ARTICULACIONES SACROILIACAS EN TODAS LAS POSICIONES       | MUÑECA EN TODAS LAS POSICIONES                        |
| ARTICULACIONES TEMPORO-MAXILARES EN TODAS LAS POSICIONES  | MUSLO O FÉMUR EN TODAS LAS POSICIONES                 |
| ARTICULACIONES TIEMPOROMANDIBULAR EN TODAS LAS POSICIONES | NASOFIBROLARINGOSCOPIA                                |
| ARTROCENTESIS   | NEUROFISIOLOGÍA / MAPEO CEREBRAL                      |
| ARTROGRAFÍA POR RESONANCIA                                | OCLUSIÓN VASCULAR RETINIANA                           |
| ARTROSCOPIA   | OCLUSIÓN DE VENA CENTRAL DE RETINA                    |
| AUTORREFRACCIÓN CON CICLOPEJÍA                            | ODONTOLOGÍA/ CEFALOGAMA C/U                           |
| BILIGRAFINA O COLONGIOGRAFÍA ENDOVENOSA                   | ODONTOLOGIA / FOTOGRAFIA DIGITAL INTRA Y EXTRA ORALES |

|   |  |
|---|--|
| BIOPSIAS DE TODO TIPO                   | ODONTOLOGIA / PANORAMICA DE MAXILARES DIGITAL (ORTOPANTOMOGRFIA)                           |
| BRAZO EN TODAS LAS POSICIONES           | ODONTOLOGIA / RX. INTRAORAL PERIAPICAL DIGITAL   |
| BRONCOGRAFÍA 2 LADOS                    | ODONTOLOGIA/ DENTAL SERIADA  |
| BRONCOGRAFÍA C/LADOS                    | ODONTOLOGIA/ TELERRADIOGRAFIA O CRANEO P/ORTODONCIA DIGITAL LATERAL O FRONTAL - 1 POSICION |
| CARA EN TODAS LAS POSICIONES            | ODONTOLOGIA/ TELERRADIOGRAFIA O CRANEO P/ORTODONCIA DIGITAL 2 POSICION                     |
| CADERA O PELVIS EN TODAS LAS POSICIONES | ODONTOLOGIA/ TOMOGRAFIA 3D CONE BEAM DE ATM  |
| CAMPIMETRIA COMPUTARIZADA (80%)         | ODONTOLOGIA/ TOMOGRAFIA 3D CONE BEAM DENTAL  |
| CAMPO VISUAL COMPUTARIZADO              | ODONTOLOGIA/RX/PANORAMICA STANDAR DE MAXILARES (ORTOPANTOMOGRFIA)                          |
| CAPTURA HIBRIDA POR SIL DE BAJO GRADO   | PANORAMICA STANDAR (ORTOPANTOMOGRFIA)  |
| CAPSULOTOMÍA                            | PERFIL BIOFISICO FETAL   |
| CAPSULOTOMÍA POSTERIOR                  | PERFIL BIOFISICO FETAL (INC.MONITOREO)   |
| CAVUM EN TODAS LAS POSICIONES           | PLACAS RADIOGRÁFICAS POR POSICIÓN, HASTA DOS POSICIONES                                    |
| CAVUM CONTRASTADO                       | PLACAS RADIOGRÁFICAS POR POSICIÓN, MAS DE DOS POSICIONES                                   |
| CINECORONARIOGRAFIA + VENTRICULOGRAFIA  | ORBITAS C/POSICIÓN   |
| VENTRICULOGAMA ISOTÓPICO                | ORTOPANTOMOGRFÍA DIGITAL   |
| CISTOGRAFÍA                             | OTOMICOCOPIA OTOMISIONES ACÚSTICAS   |

|  |  |
|--|--|
| CLAVÍCULA EN TODAS LAS POSICIONES                | OTOEMISIONES ACÚSTICAS                         |
| CODO EN TODAS LAS POSICIONES                     | OCT PARA NERVIO ÓPTICO                         |
| COLANGIOGRAFÍA ENDOVENOSA (BILIGRAFINA)          | CITOLOGÍA VAGINAL, PAP, COLPOSCOPIA, FROTIS    |
| COLANGIOGRAFÍA OPERATORIA                        | PANFOTOCOAGULACIÓN                             |
| COLANGIOGRAFÍA POS-OPERATORIA                    | PAPILOGRAFÍA O VIDEO PAPILOGRAFÍA DIGITAL      |
| COLANGIOPANCREATOGRAFÍA POR RESONANCIA MAGNÉTICA | PAQUIMETRÍA (CADA OJO)                         |
| COLANGIOPANCREATOGRAFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA   | PAQUIMETRÍA DE CÓRNEA AO                       |
| COLANGIOGRAFÍA RETROGRADA CON PAPILOTOMÍA        | PENESCOPÍA                                     |
| COLANGIOGRAFÍA RETROGRADA SIMPLE                 | PERIMETRÍA DOBLE FRECUENCIA                    |
| COLANGIOGRAFÍA TRANS-PARIENTOHEPÁTICO            | PERFIL BIOFÍSICO FETAL                         |
| COLECISTOGRAFÍA ORAL                             | PIE EN TODAS LAS POSICIONES                    |
| COLON CONTRASTADO                                | PIELOGRAFÍA ASCENDENTE                         |
| COLON DOBLE CONTRASTE                            | PIELOGRAFÍA ENDOVENOSA O RIÑÓN CONTRASTE       |
| COLON ENEMA OPACO                                | PIERNA EN TODAS LAS POSICIONES                 |
| URO POR INGESTIÓN                                | POLISOMNOGRAFIA C/ TITULACION DE CIPAP O BIPAP |
| COLONOSCOPIA Y RECTOSIGMOIDOSCOPIA               | POLISOMNOGRAFIA DOMICILIARIA                   |
| COLUMNA CERVICAL EN TODAS LAS POSICIONES         | POLISOMNOGRAFIA EN LABORATORIO DE SUEÑO        |

|   |   |
|---|---|
| COLUMNA DORSAL EN TODAS LAS POSICIONES                    | PROC.MENORES Y NEURRADIOLOGICOS/ PUNCION LUMBAR           |
| COLUMNA LUMBAR EN TODAS LAS POSICIONES                    | POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS                            |
| COLUMNA DORSO LUMBAR EN TODAS LAS POSICIONES              | POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS CEREBRALES                 |
| COLUMNA DORSOLUMBOSACRA EN TODAS LAS POSICIONES           | POTENCIALES EVOCADOS SOMATOSENSITIVOS                     |
| COLUMBA LUMBOSACRA EN TODAS LAS POSICIONES                | POTENCIALES EVOCADOS VISUALES                             |
| COLUMNA PANORÁMICA (ESPINOGRAFÍA) EN TODAS LAS POSICIONES | PLACA SUPLEMENTARIA                                       |
| CONTROL RADIOLÓGICO EN MANIOBRAS TRAUMATOLÓGICAS          | PLANTIGRAFÍA DIGITAL ESTÁTICA Y DINÁMICA (BAROPODOMETRÍA) |
| COSTILLA EN TODAS LAS POSICIONES                          | PLANTIGRAFÍA COMPUTARIZADA                                |
| COSTILLA PARRILLA COSTAL EN TODAS LAS POSICIONES          | PRUEBAS VESTIBULARES EN GENERAL                           |
| CRÁNEO EN TODAS LAS POSICIONES                            | POSTUROGRAFÍA DINÁMICA COMPUTARIZADA).                    |
| CRÁNEO PARA ORTODONCIA                                    | RECTOSIGMOIDEOSCOPIA                                      |
| CURVA DE PRESIÓN OCULAR                                   | RADIOGRAFÍAS EN TODAS LAS POSICIONES                      |
| DACRIOCISTOGRAFÍA   | RECEPTORES P/ ESTROGÉNO Y PROGESTERONA                    |
| DILATACIÓN (CICLOPEJÍA)                                   | REPOSICIÓN DE OTOCONIAS                                   |
| DEDO (MANOS Y PIES) EN TODAS LAS POSICIONES               | RETINOGRAFÍA DIGITAL                                      |
| DEGENERACIÓN PERIFÉRICA                                   | RODILLA EN TODAS LAS POSICIONES                           |

|  |   |
|--|---|
| DENTAL EN TODAS LAS PLACAS   | RODILLA MAS ROTULA EN TODAS LAS POSICIONES                                    |
| DENTAL OCLUSAL   | RX DE URGENCIA EN TODAS LAS POSICIONES  |
| DENTAL SERIADO   | SACO LAGRIMAL   |
| DENSITOMETRÍAS EN GENERAL  | SACO LAGRIMAL (RADIO. COMO ESPECIALISTA)                                      |
| DUCTOGALACTOFORECTOMÍA   | SACRO-COXIS EN TODAS LAS POSICIONES   |
| ECOGRAFÍAS SIMPLES Y CON DOPPLER EN TODOS LOS CAMPOS DE APLICACIÓN | SCOPIA COMO COMPLEMENTO DE EXAMEN C/T.V.                                      |
| ECOGRAFIA PARTES BLANDAS   | SCOPIA ARCO C POR 1 HORA  |
| ECOGRAFÍA ABDOMINAL  | SCOPIA ARCO C POR MÁS DE 1 HORA   |
| ECOGRAFÍA ABDOMINAL COMPLETA                                       | SENOS FACIALES O PARANASALES EN TODAS LAS POSICIONES                          |
| ECOGRAFÍA ABDOMINAL SUPERIOR                                       | SIALOGRAFÍA EN TODOS LOS LADOS  |
| ECOGRAFÍA ABDOMINAL INFERIOR                                       | SOMNOGRAFÍA O ESTUDIO DEL SUEÑO   |
| ECOGRAFÍA DE CADERAS   | SPECT PERFUSIÓN MIOCÁRDICA  |
| ECOGRAFÍA DE MAMAS   | SPECT DE PERFUSION MIOCARDICA CON RE-INYECCION                                |
| ECOGRAFÍA DE MEDICINA INTERNA                                      | SPECT DE PERFUSION MIOCARDICA EN ESFUERZO                                     |
| ECOGRAFÍA DE MIEMBROS  | SPECT DE PERFUSION MIOCARDICA TALIO<br>DIPIRIDAMOL+ERG (INCLUYE MEDICAMENTOS) |
| ECOGRAFÍA DE HOMBROS   | SPECT DE PERFUSION MIOCARDICA Y DIPIRIDAMOL                                   |
| ECOGRAFÍA DE TIROIDES  | TALON EN TODAS LAS POSICIONES   |

|   |   |
|---|---|
| ECOGRAFÍA DE TORAX (PLEURAL)  | TALON AMBOS LADOS EN TODAS LAS POSICIONES                               |
| ECOGRAFÍA DEL BAZO  | TACAR DE TORAX  |
| ECOGRAFÍA GINECOLÓGICA Y OBSTETRICA   | TEST ALÉRGICOS  |
| ECOGRAFÍA GINECOLÓGICA ABDOMINAL  | TEST DE CONTRASTES Y AEROALERGENOS,<br>PRUEBA P/ CONTRASTES ENDOVENOSOS |
| ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA ABDOMINAL  | TEST DE MARCHA - CAMINATA DE 6 MINUTOS                                  |
| ECOGRAFÍA MARCADORES CROMOSOMICOS   | TIMPANOMETRÍA   |
| ECOGRAFÍA MORFOLOGICA   | TILT TEST   |
| ECOGRAFÍA P/ PUNCIÓN  | TOBILLO EN TODAS LAS POSICIONES   |
| ECOGRAFÍA MORFOLÓGICA ECOGRAFÍA<br>MORFOLÓGICA DEL 3ER, 6º Y 9º MES (VALORES<br>CROMOSÓMICOS) | TOMOGRAFÍAS EN GENERAL.   |
| ECOGRAFÍA HÍGADO-VÍAS BILIARES-VESÍCULA   | TOMOGRAFÍAS AXIAL COMPUTARIZADA EN TODOS<br>LOS CAMPOS DE APLICACIÓN.   |
| ECOGRAFÍA INTRACAVITARIA C/RESIDUO  | TOMOGRAFÍA COMPUTADA CRÁNEO   |
| ECOGRAFÍA INTRA-OPERATORIA  | TOMOGRAFÍA COMPUTADA CRÁNEO + SENOS<br>PARANASALES                      |
| ECOGRAFÍA OFTÁLMICA/OCULAR  | TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE CARA  |
| ECOGRAFÍA PANCEFÁLICA   | TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE SENOS<br>PARANASALES                            |
| ECOGRAFÍA PELVICA   | TOMOGRAFÍA COMPUTADA MIEMBROS<br>SUPERIORES E INFERIORES                |
| ECOGRAFÍA PILORICA  | TOMOGRAFÍA COMPUTADA TÓRAX  |
| ECOGRAFÍA PROSTÁTICA  | TOMOGRAFÍA COMPUTADA ABDOMEN SIMPLE                                     |

|  |   |
|--|---|
| ECOGRAFÍA PROSTÁTICA INTRACAVITARIA          | TOMOGRFÍA COMPUTADA ABDOMEN INFERIOR                |
| ECOGRAFÍA PROSTÁTICA SUPRAPUBICA             | TOMOGRFÍA COMPUTADA ABDOMEN SUPERIOR                |
| ECOGRAFÍA RENAL                              | TOMOGRFÍA COMPUTADA ABDOMEN + PELVIS (UROTAC)       |
| ECOGRAFÍA RENAL + VESICO-PROSTATICA          | TOMOGRFÍA COMPUTADA DE CADERAS                      |
| ECOGRAFÍA RENAL VÍAS URINARIAS               | TOMOGRFÍA COMPUTADA PELVIS                          |
| ECOGRAFIA RENAL Y VESICAL (APARATO URINARIO) | TOMOGRFÍA COMPUTADA COLUMNA CERVICAL                |
| ECOGRAFIA RENAL Y VESICO PROSTATICO          | TOMOGRFÍA COMPUTADA COLUMNA DORSAL                  |
| ECOGRAFÍA SUPRA RENAL                        | TOMOGRFÍA COMPUTADA COLUMNA LUMBAR                  |
| ECOGRAFÍA TESTICULAR                         | TOMOGRFÍA COMPUTADA COLUMNA LUMBOSACRA              |
| ECOGRAFÍA TRASVAGINAL                        | TOMOGRFÍA COMPUTADA DE ÁRBOL URINARIO (URO TAC)     |
| ECOGRAFÍA TRASVAGINAL GINECOLOGICA           | TOMOGRFÍA COMPUTADA DE MANO                         |
| ECOGRAFÍA TRASVAGINAL OBSTÉTRICA             | TOMOGRFÍA COMPUTADA PARA PUNCIÓN                    |
| ECOGRAFÍA VESICAL                            | TOMOGRFÍA COMPUTADA PEQUEÑAS PARTES                 |
| ECOGRAFÍA URETROVESICAL (VIA VAGINAL)        | TOMOGRFÍA DE LARINGE O RODILLA, TOBILLO             |
| ECOGRAFÍA VESICO-PROSTÁTICO                  | TOMOGRFÍA DE TÓRAX O ABDOMEN                        |
| ECOGRAFÍA DE VEJIGA/PROSTATA                 | TOMOGRFÍA DEL NERVIÓ ÓPTICO (AMBOS OJOS)            |
| ECOGRAFÍA VÍAS URINARIAS, RIÑÓN, VEJIGA      | TOMOGRFÍA CORNEAL PENTACAM SCHEIMPFLUG (AMBOS OJOS) |



|   |   |
|---|---|
| ECOGRAFÍA GUIA DE PUNCIÓN   | TOMOGRFIA COMPUTARIZADA CONE BEAM<br>(MAXILAR SUPERIOR COMPLETO Y MAXILAR<br>INFERIOR COMPLETO) |
| ECOGRAFÍA 3D- TRIDIMENSIONAL EN TODOS<br>LOS CAMPOS DE APLICACIÓN               | TOPOGRAFÍA CORNEAL  |
| ECOGRAFÍA GINECOLÓGICA 3D   | TOPOGRAFÍA DE CÓRNEA (BILATERAL)  |
| ECOGRAFÍA 4D - CUADRIMENSIONAL EN TODOS<br>LOS CAMPOS DE APLICACIÓN             | TOPOGRAFÍA OPTICA COHERENTE   |
| ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA EN 4D  | TÓRAX EN TODAS LAS POSICIONES   |
| ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA TRIDIMENCIONAL   | TÓRAX ABDOMEN EN TODAS LAS POSICIONES   |
| ECOGRAFÍA DE TEJIDOS BLANDOS  | TRÁNSITO INTESTINAL O INTESTINO DELGADO   |
| DENSITOMETRÍA OSEA  | TRANSPARIETO-HEPÁTICA   |
| PUNCIONES CON CONTROL ECOGRÁFICO  | URETROCISTOGRAFÍA   |
| PUNCION BAJO PANTALLA   | URETROCISTOGRAFÍA PEDIATRICA  |
| PUNCION BAJO PANTALLA ECOGRAFICA  | UROTAC  |
| PUNCION BIOPSIA DE TIROIDES/ BAJO<br>PANTALLA ECOGRAF. (PAAF)                   | UROGRAMA DE EXCRECIÓN   |
| PUNCION DE TIROIDES   | URODINAMIA  |
| ECOGRAFIA PEDIATRICA  | VESÍCULA SIMPLE   |
| ECOGRAFIA PEDIATRICA / ABDOMEN INFERIOR /<br>VIAS URINARIAS                     | VOLUMENES PULMONARES (DILUSION DE HELIO)  |
| ECOGRAFIA PEDIATRICA/ REFLUJO<br>GASTROESOFAGICO / HIPERTROFIA PILORICA,<br>ETC | ESTUDIOS CARDIOLOGICOS  |

|   |  |
|---|--|
| ECOGRAFIA PEDIATRICA/ABDOMEN SUPERIOR/<br>RENAL                       | ECOCARDIOGRAMA EN GENERAL                      |
| ECOGRAFIA PEDIATRICA/CADERA   | ECO DOPPLER EN GENERAL                         |
| ECOGRAFIA PEDIATRICA/ECOGRAFIA EN UTI -<br>INCLUYE TRASLADO + ESTUDIO | ECOCAR. C/ DOPPLER BIDIMENSIONAL PRE-NATAL     |
| ECOGRAFIA PEDIATRICA/PARTES BLANDAS                                   | ECOCARDIOGRAMA SIN DOPPLER BIDIMENSIONAL       |
| ECOGRAFIA PEDIATRICA/TRANSFONTANELAR O<br>ECOENCEFALO                 | ECO-STRESS CON DOBUTAMINA                      |
| ECO DOPPLER ARTERIAL MIEMBRO SUP E INF 1<br>LADO                      | ECO-STRESS                                     |
| ECO DOPPLER ARTERIAL MIEMBRO SUP E INF 2<br>LADOS                     | DOPPLER COLOR CAROTIDEO O VERTEBRAL            |
| ECO DOPPLER ARTERIAL Y VENOSO SUP E INF 1<br>LADO                     | DOPPLER COLOR CAROTIDEO Y VERTEBRAL            |
| ECO DOPPLER ARTERIAL Y VENOSO SUP E INF 2<br>LADOS                    | ECO STRESS - ECO ESFUERZO (EJERCICIO)          |
| ECO DOPPLER VENOSO MIEMBRO SUP. E INF. 1<br>LADO                      | ECOCARDIOGRAMA CON DOPPLER COLOR               |
| ECO DOPPLER VENOSO MIEMBRO SUP. E INF 2<br>LADOS                      | ECOCARDIOGRAMA PEDIATRICO CON DOPPLER<br>COLOR |
| ECO DOPPLER CAROTIDAS O VERTEBRALES                                   | ECOCARDIOGRAMA AMBULATORIO                     |
| ECO DOPPLER CAROTIDAS Y VERTEBRALES                                   | ECOCARDIOGRAMA CON EQUIPO PORTATIL             |
| ECO DOPPLER COMPLEMENTO ESTUDIOS                                      | ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFAGICO (ETE)            |
| ECO DOPPLER ABDOMINAL   | ELECTROCARDIOGRAMA                             |
| ECO DOPPLER AORTA ABDOMINAL   | ELECTROCARDIOGRAMA PEDIATRICO                  |

|   |   |
|---|---|
| ECO DOPPLER DE PARTES BLANDAS                       | ELECTROCARDIOGRAMA VERIFICADO                       |
| ECO DOPPLER GINECO-TRANSVAGINAL                     | ERGOMETRIA  |
| ECO DOPPLER TRANSVAGINAL                            | HOLTER 24 HORAS                                     |
| ECO DOPPLER HEPATICO                                | MONITOREO AMBULATORIO DE LA PRESION ARTERIAL (MAPA) |
| ECO DOPPLER PELVIANO O GINECOLOGICO                 | CONTROL Y PROGRAMACIÓN DE MARCAPASOS                |
| ECO DOPPLER GINECO-OBSTETRICO                       | <b>ESTUDIOS SALUD FETAL</b>                         |
| ECO DOPPLER FETAL                                   | DOPPLER FETAL                                       |
| ECO DOPPLER RENAL                                   | ECOGRAFIA MORFOLOGICA (MARCADORES CROMOSÓMICOS)     |
| ECO DOPPLER TESTICULAR (INCLUYE CORDON ESPERMATICO) | ECOGRAFIA MORFOLOGICA FETAL                         |
| ECO DOPPLER MAMARIA                                 | MONITOREO FETAL                                     |
| ECO DOPPLER OBSTETRICO                              | PERFIL BIOFISICO FETAL                              |
| ECO DOPPLER TIROIDES                                | ECOGRAFÍA VOLUMÉTRICA 3D - 4D                       |
| ECO DOPPLER VASOS CUELLO                            | <b>GASTROENTEROLOGIA: ESTUDIOS</b>                  |
| ECOENDOSCOPIA                                       | COLONOSCOPIA  |
| EOENCEFALOGRAMA                                     | ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA                           |
| ECOCARDIOGRAFIA                                     | RECTOSIGMOIDOSCOPIA FLEXIBLE                        |
| ECOCARDIOGRAFIA DE CAROTIDAS                        | GASTROENTEROLOGIA: PROCEDIMIENTOS                   |
| ECOCARDIOGRAFIA FETAL                               | EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN EL TUBO DIGESTIVO   |

|  |  |
|--|--|
| EJERCICIOS ORTÓPTICOS  | POLIPECTOMIA BAJA  |
| ECOBIMETRIA AMBOS OJOS                                       | <b>NEUMOLOGIA</b>  |
| ELECTROCARDIOGRAMA DE REPOSO                                 | ESPIROMETRIA CON PRUEBA<br>BRONCOLADITADORA (SALBUTAMOL) |
| ELECTROMIOGRAFIA DE 1 MIEMBRO                                | ESPIROMETRIA DIAGNOSTICA                                 |
| ELECTROMIOGRAFIA HASTA 2 MIEMBRO                             | OSCILOMETRIA   |
| ELECTROMIOGRAFIA HASTA 4 MIEMBRO                             | <b>NEUROLOGIA</b>  |
| ELECTRONISTAGMOGRAFÍA  | ELECTROENCEFALOGRAMA                                     |
| ELECTRONISTAGMOGRAFÍA /PRUEBA<br>VESTIBULAR                  | ELECTROENCEFALOGRAMA PROLONGADO                          |
| ERGOMETRÍA (ELECTROCARDIOGRAMA DE<br>ESFUERZO)               | MAPEO CEREBRAL   |
| ERGOMETRÍA (BANDA DESLIZANTE)                                | <b>OFTALMOLOGIA</b>                                      |
| ERGOMETRÍA PEDIÁTRICA  | BIOMETRÍA ÓPTICA   |
| EMBARAZO   | CAMPO VISUAL COMPUTARIZADO (CAMPIMETRÍA)                 |
| ESCANOMETRIA 2 POSICIONES                                    | CURVA DE PRESION INTRAOCULAR (CURVA<br>TONOMETRICA)      |
| ESÓFAGO  | ECOBIMETRIA UNILATERAL                                   |
| ESÓFAGO ESOFAGOGRAMA   | ESTUDIO DE POTENCIAL VISUAL                              |
| ESÓFAGO ESTOMAGO DUODENO (SERIADA<br>ESÓFAGO-GASTRO DUODENO) | EXAMEN ORTOPTICO   |
| ESÓFAGO ESTOMAGO Y DUODENO PEDIATRICO                        | GONIOSCOPIA  |

|   |   |
|---|---|
| ESPIROMETRIAS                             | MAPEAMIENTO DE RETINA CON DILATACION DE PUPILA        |
| ESPIROMETRÍA COMPUTARIZADA                | MICROSCOPIA ESPECULAR                                 |
| ESTERNÓN EN TODAS LAS POSICIONES          | PAQUIMETRIA   |
| EXAMEN DE RETINA                          | QUERATOMETRIA   |
| EXAMEN ORTÓPTICO                          | TOPOGRAFIA DE CORNEA                                  |
| FISTULOGRAFÍA HASTA 5 PLACAS              | EXAMEN DE RETINA                                      |
| FLEBOGRAFÍA CADA LADO                     | <b>OTORRINOLARINGOLOGIA</b>                           |
| FONDO DE OJO                              | AUDIOMETRIA O AUDIOGRAMA                              |
| GALACTOGRAFÍA BILATERAL PREVIA MAMOGRAFÍA | ENDOSCOPIA NASAL                                      |
| GALACTOGRAFÍA BILATERAL SIN PLACA SIMPLE  | IMPEDANCIOMETRIA                                      |
| CAPTURA HIBRIDA POR SIL DE BAJO GRADO     | LOGOAUDIOMETRIA                                       |
| GALACTOGRAFÍA C/LADO C/PREVIA MAMOGRAFÍA  | TIMPANOMETRIA   |
| GALACTOGRAFÍA SIN PLACA SIMPLE 1 LADO     | <b>PATOLOGIA CERVICAL</b>                             |
| GASTO CARDÍACO                            | COLPOSCOPIA   |
| HISTEROSALPINOGRAFÍA CUANDO VIENE ESPEC.  | PAP DE CUELLO   |
| HISTEROSALPINOGRAFÍA RADIOL. C/ESPEC.     | PAP DE CUELLO MAS COLPOSCOPIA                         |
| HOMBRO EN TODAS LAS POSICIONES            | VULVOSCOPIA - VAGINOSCOPIA. ESTUDIO DE CUPULA VAGINAL |

|                                  |                              |
|----------------------------------|------------------------------|
| HOLTER                           | UROLOGIA                     |
| HOLTER DE PRESION 24 HRS. (MAPA) | CISTOSCOPIA Y/O URETROSCOPIA |
| IMPEDANCIOMETRÍA                 |                              |

Todos los estudios de medicina por imágenes citados en el presente listado deberán tener una cobertura total y en todos los casos el estudio es por persona y sin límites.

#### OTROS ESTUDIOS CON COBERTURA

Tomografía Axial Computarizada Multislice en todos los campos de aplicación (hasta cinco por año por titular/beneficiario, a partir del sexto con cobertura del 70%)

|   |  |
|---|--|
| T.C.M.S ANGIOGRAFÍA CORONARIA NO INVASIVA | T.C.M.S DE CARA                              |
| T.C.M.S ANGIOTOMOGRAFIA AORTA ABDOMINAL   | T.C.M.S DE MIEMBROS INFERIOR/SUPERIOR        |
| T.C.M.S ANGIOTOMOGRAFIA DE CUELLO         | T.C.M.S DE OIDOS/MASTOIDES                   |
| T.C.M.S ABDOMEN COMPLETO                  | T.C.M.S DE ORBITAS                           |
| T.C.M.S ABDOMEN COMPLETO Y PELVIS         | T.C.M.S PELVIS                               |
| T.C.M.S ABDOMEN SUPERIOR                  | T.C.M.S PELVIS/CADERA                        |
| T.C.M.S ABDOMEN INFERIOR                  | T.C.M.S SENOS PARANASALES                    |
| TCMS DE ARTICULACION TEMPORO MAXILAR      | T.C.M.S SENOS PARANASALES (CORTES SAGITALES) |
| T.C.M.S COLUMNA CERVICAL                  | T.C.M.S TORAX                                |
| T.C.M.S COLUMNA DORSAL                    | T.C.M.S. ARBOL URINARIO (VIAS URINARIAS)     |
| T.C.M.S COLUMNA LUMBAR                    | T.C.M.S. MAXILARES PARA IMPLANTES DENTARIOS  |
| T.C.M.S DE CRANEO                         | T.C.M.S. SCAN DENTAL PARA IMPLANTES          |

Resonancia magnética nuclear en todos los campos de aplicación, hasta cinco por año por titular/beneficiario)

|                               |                                   |
|-------------------------------|-----------------------------------|
| RMI ANGIORESONANCIA DE CRANEO | RMI DE CRANEO CON ANGIORESONANCIA |
|-------------------------------|-----------------------------------|

|   |                                 |
|---|---------------------------------|
| RMI ANTEBRAZO   | RMI DE CRANEO CON ESPECTROSCPIA |
| RMI A.T.M. (articulación témporo-maxilar)             | RMI DE ENCEFALO                 |
| RMI CON ESPECTROSCOPIA                                | RMI DE HOMBRO                   |
| RMI CUELLO  | RMI DE MEDIASTINO               |
| RMI DE ABDOMEN  | RMI DE MIEMBROS INFERIORES      |
| RMI DE ABDOMEN SUPERIOR O INFERIOR                    | RMI DE MIEMBROS SUPERIORES      |
| RMI DE BRAZO  | RMI DE MANO                     |
| RMI DE CADERA   | RMI DE MUÑECA                   |
| RMI DE CADERA/ARTICULACIONES SACROILIACAS/PELVIS OSEA | RMI DE MUSLO/FEMUR/PIERNA       |
| RMI CARDIACA  | RMI DE OIDO                     |
| RMI DE CODO   | RMI DE ORBITA                   |
| RMI DE COLUMNA CERVICAL                               | RMI DE PARTES BLANDAS           |
| RMI DE COLUMNA DORSAL                                 | RMI DE PELVIS                   |
| RMI DE COLUMNA LUMBAR                                 | RMI DE PIE                      |
| RMI COLUMNA LUMBO SACRA                               | RMI DE RODILLA                  |
| RMI DE COLUMNA POR SEGMENTO                           | RMI DE TOBILLO                  |
| RMI DE 2 COLUMNAS                                     | RMI DE MAMAS                    |
| RMI DE HIPOFISIS                                      | RMI PEQUEÑAS PARTES             |
| RMI DE CRANEO   | RMI DE TORAX                    |

|                          |  |
|--------------------------|--|
| RMI DE CRANEO - ENCEFALO |  |
|--------------------------|--|

Medicina Nuclear (con descuento de 70%)

Cámara-gamma (perfusión miocárdica con talio, tecnecio, S.P.E.C.T.)

Centellografía, en general, hasta cinco (incluye todos los contrastes y demás elementos requeridos para la realización del estudio)

|                                    |                           |
|------------------------------------|---------------------------|
| Centellografía glándula salivar    | Centellografía ósea       |
| Centellografía sangrado intestinal | Centellografía pulmonar   |
| Centellografía cerebral            | Centellografía renal      |
| Centellografía de tiroides o mapeo | Centellografía testicular |
| Centellografía hepática            |                           |

PET SCAN con descuento del 70% autorizado una vez al año por cada titular y/o beneficiario y/o adherente.

#### ANEXO ESTUDIOS LABORATORIALES

Deberán estar cubiertos en un 100% por la ASEGURADORA todos los estudios laborales con cobertura total (conforme al listado que se detalla más abajo), siempre que provengan de una orden escrita de un profesional médico, sea o no del plantel del seguro, independientemente de la especialidad y con las siguientes indicaciones por cada beneficiario, integrante del grupo familiar y/o adherente.

Este servicio debe cubrir a los pacientes a domicilio (pacientes encamados y por indicación médica) o que concurren al laboratorio en forma programada o en casos de urgencias las 24:00 horas del día.

Si el paciente se encuentra imposibilitado a acudir al laboratorio para la extracción de las muestras para las determinaciones las mismas serán retiradas del lugar en que se encuentre el paciente, sin costo, por los laboratorios habilitados por la ASEGURADORA, pudiendo el mismo ser solicitado vía telefónica.

Debe tener cobertura integral del 100% en concepto de honorarios profesionales, materiales descartables, medicamentos, insumos y las determinaciones químicas y microbiológicas, así mismo deberá estar cubiertos el uso de equipos.

|                           |  |
|---------------------------|--|
| % DE SATURACIÓN DE HIERRO | HLA B27                                    |
| ÁCIDO CÍTRICO             | HIDATIDOSIS-AC                             |
| ÁCIDO FENIL PIRÚVICO      | HIDROXICORTICOSTEROIDES 17                 |
| ÁCIDO FÓLICO              | HIDROXI-INDOL-ACETICO 5 (5HIAA)            |
| ÁCIDO LÁCTICO             | HIDROXIPROGESTERONA                        |
| ÁCIDO ÚRICO               | HIDROXIPROGESTERONA 17 (17 OH-PRG), SANGRE |



|   |  |
|---|--|
| ÁCIDO ÚRICO (O)   | HIDROXIPROGESTORONA NEONATAL                                     |
| ÁCIDO VANIL MANDÉLICO (AVM)                                     | HIERRO SÉRICO  |
| ÁCIDO VALPROICO   | HIERRO, CAPACIDAD TOTAL DE UNION DE HIERRO (TIBC), SUERO         |
| ACTH  | HISOPADO FARINGEO  |
| ADENOVIRUS ANTICUERPO IGG                                       | HISOPADO NASAL / STAPHYLOCOCCUS METICILINO R (SAMR)              |
| ADENOVIRUS ANTICUERPO IGM                                       | HISOPADO RECTAL, CULTIVO PARA GERMENES COMUNES                   |
| ADENOVIRUS ANTIGENO   | HISTOPLASMA SEROLOGIA  |
| ADENOVIRUS AG (SEC. NASAL) TEST RÁPIDO MET: INMUNOCROMATOGRAFÍA | HISTOPLAMINA   |
| ADDIS. RECuento DE  | HIV  |
| AGLUTINACIÓN DE PARTÍCULAS DE LÁTEX PARA:                       | HIV-ac   |
| A. ESCHERICHIA COLI KI  | HIV P24 ACIDIFICADO, SUERO                                       |
| A. HEMO-PHILUS INFLUENZAE TIPO B                                | HIV 1 AG + HIV 1-2 AC, LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO (L.C.R.)          |
| A. LEGIONELLA PNEUMOFILA  | HLA B27  |
| A. NESSERIA MENINGITIDIS GRUPO A                                | HOMA (INDICE DE RESISTENCIA A LA INSULINA (INSULINA + GLUCOSA) ) |
| A. NESSERIA MENINGITIDIS GRUPO B                                | HOMOCISTEINA / HOMOCISTINA / CISTINA                             |
| A. NESSERIA MENINGITIDIS GRUPO C                                | HONGOS. CULTIVO E IDENTIFICACIÓN                                 |
| A. STROPTOCOCUS PHEUMONIAE                                      | HONGOS. EXAMEN EN FRESCO   |

|   |  |
|---|--|
| A. STROPTOCOCUS BETA HEMOLITICO GRUPO A   | HORMONA DE CRECIMIENTO(HGH)  |
| A. STROPTOCICUS GRUPO B                   | HORMONA FOLÍCULO ESTIMULANTE(FSH)                                  |
| AGLUTINAS ANTI A                          | HORMONA LACTOGENO PLACENTARIA(HP)                                  |
| AGLUTINAS ANTI B                          | HORMONA LUTEINIZANTE (LH)  |
| AIDS-AC                                   | HPV (VIRUS PAPILOMA HUMANO), DETECCION (PCR) Y TIPIFICACION (RFLP) |
| ALBÚMINA                                  | H1N1 ANTIGENO (GRIPE PORCINA)                                      |
| ALCOHOL                                   | IDENTIFICACION DE PARASITOS  |
| ALDOLASA                                  | IGA  |
| ALDOSTERONA                               | IGD  |
| ALERGIA-TESTS: VER RAST                   | IGE  |
| ALFA 1 ANTITRIPSINA                       | IGE ESPECIFICO AMPICILLIN C203, SANGRE                             |
| ALFAFETOPROTEINA (AFP)                    | IGE ESPECIFICO PANEL PARA 2 ALERGENOS O PANELES                    |
| A/G                                       | IGE ESPECIFICO PANEL PARA 4 ALERGENOS                              |
| AMILASA                                   | IGE ESPECIFICO PARA AMOXICILINA                                    |
| AMILASA ALFA AMILASA - AMILASEMIA         | IGE ESPECIFICO PARA 1 ALERGENO                                     |
| AMILASA (O) ALFA AMILASA (O) - AMILASURIA | IGE ESPECIFICO, PENICILINA G/C1, SANGRE                            |
| ALFA AMILASA                              | IGE ESPECIFICO TOTAL   |
| ALFA AMILASA (O)                          | IGG  |

|  |  |
|--|--|
| AMONIO                                       | IGM  |
| ANA  | INCLUSIONES CITOMEGALICAS                            |
| ANA IGA                                      | INDICES DE RIESGOS                                   |
| ANA IGG                                      | INDICES HEMATRIMÉTRICOS                              |
| ANA IGM                                      | INDICE DE TIROXINA LIBRE                             |
| ANALISIS LABORATORIALES/CRISIS SANGUINEA     | INFLUENZA A ANTICUERPOS IGG, SANGRE                  |
| ANCA C PR3 (ANCA C)                          | INFLUENZA A ANTICUERPOS IGM, SANGRE                  |
| ANCA P MPO (ANCA P)                          | INFLUENZA A, ANTIGENO, VARIOS MATERIALES (X MUESTRA) |
| ANDROGENOS                                   | INFLUENZA A, HISOPADO (ANTIGENO)                     |
| ANDROSTENEDIONA                              | INFLUENZA A+B HISOPADO ANTIGENO                      |
| ANFETAMINA                                   | INFLUENZA B ANTICUERPOS IGG, SANGRE                  |
| ANFETAMINA CUALITATIVO                       | INFLUENZA B ANTICUERPOS IGM, SANGRE                  |
| ANTICUERPO (AC) ANTI HELICOBACTER PYLORI IGA | INFLUENZA B, ANTIGENO, VARIOS MATERIALES (X MUESTRA) |
| ANTICOAGULANTE LUPICO                        | INFLUENZA B, HISOPADO ( ANTIGENO)                    |
| ANTIBIOGRAMAS PARA GÉRMENES AERÓBICOS        | INMUNOFIJACION, SUERO                                |
| ANTIBIOGRAMAS PARA GÉRMENES ANAERÓBICOS      | INMUNOFIJACION,ORINA 24 H                            |
| AC. ANTI CARDIOLIPINA IGG                    | INMUNOGLOBULINA A (IGA), SUERO                       |

|   |   |
|---|---|
| AC. ANTI CARDIOLIPINA IGM   | INMUNOGLOBULINA E (IGE),SUERO                             |
| AC. ANTI NDNA   | INMUNOGLOBULINA G (IGG),SUERO                             |
| AC. ANTI MICROSOMALES (ATPO)  | INMUNOGLOBULINA M (IGM),SUERO                             |
| AC. ANTI MITOCONDRIALES   | INMUNOMARCACION P53                                       |
| AC. ANTI MUSCULO LISO(ASMA)   | INMUNORECEPTORES HORMONALES                               |
| AC. ANTI NUCLEARES (ANA)  | INMUNOELECTROFORESIS                                      |
| AC. ANTI TIRONGLUBINAS  | INMUNOGLOBINAS  |
| AC. ANTI TIROIDES   | INMUNOHISTOQUIMICA C-ERB2-NEVU                            |
| AC. ANTI-TOXOPLASMA IGG   | INMUNOHISTOQUÍMICA (IHQ)                                  |
| AC. ANTI TRIPANOSOMA IGG  | INMUNOFLUORESCENCIA                                       |
| AC. ANTI TRIPANOSOMA IGM  | INMUNOTIPAJE  |
| AC. ANTI-VIRUS SINCICIAL RESPIRATORIO(VSR)  | INMUNOTIPAJE POR ELECTROFORESIS CAPILAR                   |
| AC. HETEROFILOS   | INR (RAZON NORMALIZADA INTERNACIONAL), PLASMA             |
| A.F.P.  | INTERLEUCINA - 6 (IL-6)                                   |
| ANÁLISIS PARA DETECCIÓN DE AVITAMINOSIS, HIPERVITAMINOSIS, O CONTROL                            | INSULINA  |
| ANTICOAGULANTE LÚPICO   | IRT - TRIPSINA INMUNO REACTIVA NEONATAL SCREENING, SANGRE |
| ANTI-TTG, IGA - IGA TOTAL- ANTI-TTG, IGG-AGA, IGG (PRUEBAS DE LA ENTEROPATÍA SENSIBLE A GLUTEN) | JO 1,ANTICUERPOS,SUERO                                    |

|   |  |
|---|--|
| ANTÍGENO CARCINOEMBRIÓNARIO (CEA)                     | KLEBSIELLA PNEUMONIAE                  |
| ANTÍGENO MICROBIANOS:<br>STREPTOCOCCUS GRUPO A, LATEX | LA (SS-B) ANTICUERPOS, SUERO (ANTI LA) |
| ANTÍGENO MICROBIANOS:<br>STREPTOCOCCUS GRUPO B, LATEX | LACTOSA                                |
| ANTÍGENOS MICROBIANOS LATEX, VARIOS<br>MATERIALES     | LAP                                    |
| ANTÍGENOS FEBRILES                                    | LARVAS DE VERMES                       |
| ANTÍGENOS NUCLEARES EXTRAIBLES,<br>SANGRE /ENA        | LATEX PARA CRIPTOCOCCUS                |
| ANTITROMBINA III (AT III), SUERO                      | LATEX PARA CRYPTOCOCCUS ANTÍGENO       |
| ANTÍGENO PROSTÁTICO ESPECÍFICO(PAS)                   | LATEX PARA STREPTOCOCCUS GRUPO A       |
| ANTIFOSFOLÍPIDOS IGG ANTICUERPO                       | LATEX PARA STREPTOCOCCUS GRUPO B       |
| ANTIFOSFOLÍPIDOS IGM ANTICUERPO                       | LATEX X 1, MATERIALES BIOLÓGICOS       |
| ANTICUERPO (AC) ANTI CENTRÓMERO                       | LATEX EN LCR                           |
| ANTICUERPO (AC) ANTI ENDOMISIO IGA                    | LATEX EN ORINA                         |
| ANTICUERPO (AC) ANTI ENDOMISIO IGG                    | ESCHERICHIA COLI K 1                   |
| ANTICUERPO (AC) ANTI ENDOMISIO IGM                    | L. HAEMOPHILUS INFLUENZAE TIPO B       |
| ANTICUERPO (AC) ANTI GLIADINA IGA                     | L. NEISSERIA MENINGITIDIS GRUPO A      |
| ANTICUERPO (AC) ANTI GLIADINA IGG                     | L. NEISSERIA MENINGITIDIS GRUPO B      |
| ANTICUERPO (AC) ANTI HELICOBACTER<br>PYLORI IGG       | L. NEISSERIA MENINGITIDIS GRUPO C      |

|                                  |   |
|----------------------------------|---|
| ANTICUERPO (AC) ANTI RNP ENA     | L. STRPTOCOCCUS PNEUMONIAS                    |
| ANTICUERPO (AC) ANTI SCL -70     | L. STREPTOCOCCUS BETA HEMOLITICOS GRUPO       |
| ANTICUERPO (AC) ANTI SS - A (RO) | L. STREPTOCOCCUS GRUPO B                      |
| ANTICUERPO (AC) ANTI SS B (LA)   | LAVADO BRONCO ALVEOLAR - CULTIVO Y ATB.       |
| ANTICUERPO (AC) ANTI CCP         | LAVADO GÁSTRICO                               |
| ANTICUERPO ANTIDENGUE IGM E IGG  | LCR. CITOQUÍMICO                              |
| ANTICUERPOS ANTI-TIROIDES        | LCR. CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA                   |
| ANTI SM                          | LDH   |
| ANTIL/LA ANTICUERPOS SUERO       | LDL-COLESTEROL                                |
| ANTIC ANTI DNA                   | LE  |
| ANTIC ANTI HIV (INCL. AC/AG/P24) | LECITINA EN LÍQUIDO AMNIOTICO                 |
| ANTIC ANTI MUSCULO LISO          | LEGIONELLA PHEUMIPHILA.LATEX                  |
| ANTIC ANTI TOXOPLASMA IGG        | LEGIONELLA PNEUMOPHILA IGG ANTICUERPOS, SUERO |
| ANTIC ANTI TOXOPLASMA IGM        | LEGIONELLA PNEUMOPHILA IGM ANTICUERPOS, SUERO |
| ANTITROMBINA III (AT III)        | LEISHMANÍA ANTICUERPO IGG                     |
| APOLIPOPROTEINA A                | LEISHMANÍA ANTICUERPO IGM                     |
| APOLIPOPROTEINA B                | LESIÓN GENITAL. COLORACIÓN DE GRAM            |
| ARTRITEST                        | LESIÓN GENITAL. COLORACIÓN DE FONTANA         |
| ASPECTO DEL SUERO                | LESIÓN GENITAL. ESTUDIO MICROBIOLÓGICO        |

|  |   |
|--|---|
| ASPERGILUS                             | LESIÓN GENITAL. CAMPO OSCURO              |
| ASTO                                   | LESIÓN EN LA PIEL. CULTIVO PARA HONGOS    |
| AUTOVACUNAS                            | LESIÓN DE UÑAS. CULTIVO PARA HONGOS       |
| AZUCARES REDUCTORES                    | LH  |
| BAAR                                   | LINFA CUTÁNEA.                            |
| BACOVA                                 | LINFA CUTÁNEA. COLORACIÓN DE ZIEHL        |
| BARBITÚRICOS                           | LIPASA                                    |
| BENCE-JONES                            | LÍPIDOS TOTALES                           |
| BENEDICT, REACCIÓN DE                  | LIPIDOGRAMA/PERFIL LIPIDICO,SANGRE        |
| BENZODIAZEPINA                         | LIQUIDOS BIOLOGICOS, CITOLOGIA            |
| BENZODIAZEPINA CUANTITATIVO            | LIQUIDOS BIOLOGICOS, CITOQUIMICO          |
| BETA 2 MICROGLOBULINA EN SANGRE        | LIQUIDOS BIOLOGICOS, CULTIVO              |
| BETA CROSS LAPS                        | LIQUIDOS BIOLOGICOS, CULTIVO AUTOMATIZADO |
| BETA 2 MICROGLOBULINA                  | LIQUIDOS BIOLOGICOS, CULTIVO PARA BAAR    |
| BNP (PEPTIDO NATRIURETICO TIPO B)      | LIQUIDOS BIOLOGICOS, FROTIS               |
| BICARBONATO                            | LIQUIDOS BIOLOGICOS, HONGOS               |
| BILIRRUBINA TOTAL, DIRECTA E INDIRECTA | LIQUIDOS BIOLOGICOS, QUIMICO              |
| BILIS, CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA          | LIQUIDO (OTROS) CITOQUIMICO               |
| BIOPERFIL FISIOLÓGICO SACAR            | LÍQUIDO AMNIÓTICO. CULTIVO                |

|   |  |
|---|--|
| BIOPSIAS DE TODO TIPO   | LÍQUIDO AMNIÓTICO. FOSFADITIL-GLICEROL             |
| BIOQUÍMICA DE PLASMA SEMINAL                                  | LIQUIDO ARTICULAR. CITOQUÍMICO                     |
| BORRELIA BURGDORFERI IGG ANTICUERPO, SUERO (LYME)             | LIQUIDO ARTICULAR. CRISTALES                       |
| BORRELIA BURGDORFERI IGM ANTICUERPO, SUERO (LYME)             | LIQUIDO ARTICULAR. CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA          |
| BUN (NITRÓGENO UREICO EN SANGRE)                              | LÍQUIDO ASCÍTICO. CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA           |
| BUSQUEDA E IDENTIFICACION DE PARASITOS. DIFERENTES MATERIALES | LÍQUIDO GÁSTRICO-DUODENAL. PARÁSITOS               |
| B2 GLICOPROTEINA IGA ANTICUERPO, SUERO                        | LIQUIDO DUODENAL                                   |
| B2 GLICOPROTEINA IGG ANTICUERPO, SUERO                        | LIQUIDO GASTRICO, CULTIVO Y ANTIBRIOGRAMA          |
| B2 GLICOPROTEINA IGM ANTICUERPO, SUERO                        | LIQUIDO PERITONEAL. CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA         |
| C 3   | LÍQUIDO PLEURAL. CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA            |
| C 4   | LÍQUIDO PLEURAL CITOQUIMICO.                       |
| CALCIO  | LISTERIA   |
| CA 122  | LITIO  |
| CA 125  | LKM-1 ANTICUERPOS (RETICULO ENDOPLASMATICO), SUERO |
| CA 15-3   | MADUREZ FETAL (FOSFATYDIL GLICEROL)                |
| CA 19 9   | MAGNESIO   |
| CALCIO (O)  | MAGNESIO (O)                                       |



|   |  |
|---|--|
| CALCIO IONICO   | MAGNESIO ERITROCITARIO                                   |
| CALCITONINA   | MAGNESIO EXTRACELULAR                                    |
| CALCULO URINARIO                                      | MAGNESIO INTRACELULAR                                    |
| CAMPO OSCURO  | MARIHUANA  |
| CAMPYLOBACTER   | MASTOSITOS   |
| CANNABINOIDES   | META ANFETAMINA  |
| CAPACIDAD DE FIJACIÓN DE HIERRO (TIBC)                | METANEFrina, ORINA                                       |
| CALPROTECTINA   | METAHEMOGLOBINA  |
| CARBAMAZEPINA   | METOTREXATE  |
| CARDIOLIPINA IGA AC IGM AC                            | MICOSIS OPORTUNISTAS                                     |
| CARDIOLIPINA IGGG IGM                                 | MICOSIS PROFUNDAS  |
| CATECOLAMINAS   | MICOSIS SUBCUTANEAS                                      |
| CEA (ANTIGENO CARCINO EMBRIONARIO)                    | MICOSIS SUPERFICIALES                                    |
| CÉLULAS LE  | MICROALBUMINURIA   |
| CETONEMIA   | MICROALBUMINURIA, ORINA 24 H                             |
| CETONURIA   | MICROALBUMINURIA, ORINA ESPONTANEA                       |
| CCP (PEPTIDO CITRULINADO),<br>ANTICUERPOS IGG, SANGRE | MICROSOMALES (TIROPEROXIDASA; TPO)<br>ANTICUERPOS, SUERO |
| CEA (ANTIGENO CARCINO EMBRIONARIO),<br>SANGRE         | MIELOCULTIVO   |

|  |  |
|--|--|
| CELULAS L.E., SANGRE                               | MIOGLOBINA                                       |
| CENTROMERO IGG ANTICUERPO, SANGRE                  | MOCO CERVICAL                                    |
| CETOSTEROIDES 17                                   | MONOTEST   |
| CH 50  | MORFINA  |
| CHAGAS(AC. ANTI TRYPANOSOMA IGG E IGM )            | MUCOPROTEÍNAS                                    |
| CHIKUNGUNYA IGG                                    | MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS                       |
| CHIKUNGUNYA IGM                                    | MITOCONDRIALES ANTICUERPOS, SUERO                |
| CHALAMYDIA   | MUSCULO LISO (ASMA), SUERO                       |
| CHLAMYDIA EN SECRECIONES                           | MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS, DETECCION (PCR)      |
| CHLAMYDIA PNEUMONIAE, ANTIGENO. SECRECIONES VARIAS | MYCOPLASMA, EN ORINA                             |
| CHLAMYDIAS AC IGG                                  | MYCOPLASMA, EN SECRECION VAGINAL                 |
| CHLAMYDIAS AC IGM                                  | MYCOPLASMA HOMINIS, MUESTRAS BIOLOGICAS          |
| CHLAMYDIAS ORINA                                   | MYCOPLASMA PNEUMONIAE ANTIGENO                   |
| CHLAMYDIAS PNEUMONIAE IGG (SANGRE)                 | MYCOPLASMA PNEUMONIAE IGG ANTICUERPOS, SANGRE    |
| CHLAMYDIAS PNEUMONIAE IGM (SANGRE)                 | MYCOPLASMA PNEUMONIAE IGM ANTICUERPOS, SUERO     |
| CHLAMYDIAS SECRESION GENITAL                       | MYCOPLASMA - CULTIVO E IDENTIFICACION            |
| CHLAMYDIA PSITACI IGG ANTICUERPO, SANGRE           | MYCOPLASMA HOMINIS (SECRECIÓN GENITAL O ESPERMA) |

|   |   |
|---|---|
| CHLAMYDIA PSITACI IGM ANTICUERPO, SANGRE                    | MYCOPLASMA HOMINIS                                |
| CHLAMYDIA TRACHOMATIS ANTIGENO, SECRECION VARIAS BIOLOGICAS | MYCOPLASMA PNEUMONIAE (SEC.NASAL) (IFD)           |
| CHLAMYDIA TRACHOMATIS IGA ANTICUERPO, SANGRE                | NEISERIAE GONORREA                                |
| CHLAMYDIA TRACHOMATIS IGG ANTICUERPO, SANGRE                | NEISERIAE MENINGITIDIS.GRUPO A.LATEX              |
| CHLAMYDIA TRACHOMATIS IGM ANTICUERPO, SANGRE                | NEISERIAE MENINGITIDIS.GRUPO B.LATEX              |
| CITOMEGALOVIRUS-AC-IGG                                      | NEISERIAE MENINGITIDIS.GRUPO C.LATEX              |
| CITOMEGALOVIRUS-AC-IGM                                      | N. 5 NUCLEOTIDASA                                 |
| CITOMEGALOVIRUS COL. GIEMSA                                 | NT-PRO BNP (PEPTIDO NATRIURETICO TIPO B), SANGRE  |
| CITRATO (O)   | NTX   |
| CK  | OIDO CULTIVO                                      |
| CK-MB   | OPIACEOS  |
| CK-MM   | ORINA, FÍSICO-QUÍMICO Y DEL SEDIMENTO             |
| CK-TOTAL  | ORINA CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA                      |
| CLEARANCE DE CREATININA                                     | ORINA RUTINA                                      |
| CLEARANCE DE UREA   | ORINA (INFECCION), CULTIVO / UROCULTIVO           |
| CLORUROS  | ORINA CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA (UROCULTVO)          |
| CLORUROS (O)  | ORINA ESPONTANEA CHORRO MEDIO, CULTIVO/UROCULTIVO |

|   |  |
|---|--|
| CLORUROS L.C.R.   | ORINA, FROTIS  |
| CLOSTRIDIUM DIFFICILE, TOXINA A+B, ANTIGENO, HECES                | ORINA RUTINA   |
| CLOSTRIDIUM DIFFICILE, TOXINA A+B, PCR, HECES                     | ORINA, SEDIMENTO   |
| CMV-AC-IGG  | OXALATO  |
| CMV-AC-IGM  | OXIUROS  |
| COAGULOGRAMA  | OXIURUS VERMICULARIS/TEST DE GRAHAM, HECES                                     |
| COAGULOGRAMA / CRISIS SANGUINEA /PERFIL DE LA COAGULACION, SANGRE | PANEL BACTERIAL Y VIRAL (PCR)  |
| COAGULOGRAMA COMPLETO   | PANEL CHIKUNGUNYA + DENGUE + ZIKA VIRUS, DETECCION PCR                         |
| COBRE   | PANEL DIARREAS, DETECCION (PCR)  |
| COCAÍNA   | PANEL INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL (ITS), DETECCION PCR                   |
| COCCIDIOIDINA   | PANEL INFECCIONES TROPICALES, (DENGUE + ZIKA VIRUS + CIKUNGUNYA) DETECCION PCR |
| COLESTEROL ESTERIFICADO   | PANEL RESPIRATORIO, DETECCION (PCR)  |
| COLESTEROL HDL  | PANEL RESPIRATORIO VIRUS Y BACTERIAS, DETECCION (PCR)                          |
| COLESTEROL-LDL  | PANEL VIRAL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL,LCR, DETECCION (PCR)                      |
| COLESTEROL TOTAL  | PANEL VIRUS RESPIRATORIO, DETECCION (PCR)                                      |
| COLESTEROL VLDL   | PAPERAS IGG ANTICUERPOS, SUERO   |

|  |   |
|--|---|
| COLINESTERASA                                | PAPERAS IGM ANTICUERPOS, SUERO  |
| COLORACIÓN DE GIEMSA                         | PARAINFLUENZA 1 IGG ANTICUERPOS, SUERO  |
| COLORACIÓN DE GRAM                           | PARAINFLUENZA 1 IGM ANTICUERPOS, SUERO  |
| COLORACIÓN DE TINTA CHINA                    | PARAINFLUENZA 2 IGG ANTICUERPOS, SUERO  |
| COLORACIÓN DE ZIEHL - NEELSEN                | PARAINFLUENZA 2 IGM ANTICUERPOS, SUERO  |
| COMPLEMENTO HEMOLITICO (CH 50)               | PARAINFLUENZA 3 IGG ANTICUERPOS, SUERO  |
| COOMBS DIRECTO                               | PARAINFLUENZA 3 IGM ANTICUERPOS, SUERO  |
| COOMBS INDIRECTO                             | PARASITOLOGICO SERIADO ,HECES   |
| COOMBS INDIRECTO CUANTITATIVO                | PARÁSITOS. INVESTIGACIÓN E IDENTIFICACIÓN                                       |
| COPROCULTIVO                                 | PARASITOLOGICO SERIADO ,HECES   |
| COPROFUNCIONAL                               | PARATHORMONA INTACTA, SUERO   |
| COPROLOGÍA FUNCIONAL -<br>COPROFUNCIONAL     | PARVOVIRUS AC IGG   |
| COPROPORFIRINAS                              | PARVOVIRUS AC IGM   |
| CORTISOL                                     | PARVOVIRUS B 19 IGG. SUERO  |
| CORTISOL AM                                  | PARVOVIRUS B 19 IGM. SUERO  |
| CORTISOL PM                                  | PARATHORMONA (PTH)  |
| CORTISOL URINARIO                            | PAS - ANTÍGENO PROSTÁTICO ESPECÍFICO - ANTÍGENO<br>PROSTÁTICO ESPECÍFICO TOTAL. |
| COXIELLA BURNETII IGG ANTICUERPOS,<br>SANGRE | PAS LIBRE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO LIBRE                                  |

|  |   |
|--|---|
| COXIELLA BURNETII IGM ANTICUERPOS, SANGRE                        | PAS TOTAL (ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO) 3ª GENERACION, SUERO |
| COXSACKIE VIRUS B (GRUPO 1-6) IGG ANTICUERPOS, SANGRE            | PAUL-BUNELL   |
| COXSACKIE VIRUS B (GRUPO 1-6) IGM ANTICUERPOS, SANGRE            | PCR ULTRASENSIBLE   |
| COXSACKIEVIRUS A (GRUPO 1-6) IGM ANTICUERPOS, SANGRE             | PERFIL CELIACO  |
| CRASIS SANGUI, POR HEMATÓLOGO                                    | PO02  |
| CRASIS / DETERMINACIONES PARCIALES (TP - TTPA - INR)             | PO2   |
| CRASIS SANGUINEA COMPLETA (PERFIL DE COAGULACION - COAGULOGRAMA) | PDF   |
| CREATININA   | PCR ULTRASENSIBLE   |
| CREATININA (O)   | PÉPTIDO C   |
| CRIOAGLUTININAS  | PENICILINA CRISTALINA   |
| CRIOGLOBULINAS   | PEPTIDO C,SUERO   |
| CRIPTOCOCUS  | PERFIL CHLAMYDIA + MYCOPLASMA H + UREAPLASMA,DETECCION (PCR)    |
| CRISTALES-IDENTIFICACIÓN   | PERFIL FERRICO  |
| CRISTALES INVESTIGACION, LIQUIDOS BIOLOGICOS                     | PERFIL PROTEICO   |
| CUERPOS CETÓNICOS  | PERFIL RENAL, SANGRE  |
| CULTIVO ANAL( GERMESES COMUNES )                                 | PERFIL TIROIDEO   |

|  |   |
|--|---|
| CULTIVO DE ESPUTO (POR MUESTRA)                      | PERFIL HEPATICO - HEPATOGRAMA (GOT - GPT - FOSFATASA ALCALINA - BILIRRUBINA - GAMMA GT) |
| CULTIVO EN AEROBIOSIS                                | PERFIL LIPIDICO - LIPIDOGRAMA (COLESTEROL TOTAL - HDL - LDL - VLDL - TRIGLICERIDOS)     |
| CULTIVO EN ANAEROBIOSIS                              | PH  |
| CULTIVO EN LESIONES.VARIOS MATERIALES                | PH EN HECES   |
| CULTIVO EN THAYER-MARTIN                             | PH EN SECRECION VAGINAL   |
| CULTIVO PARA BAAR                                    | PHENISTIX   |
| CULTIVO PARA GÉRMESES COMUNES                        | PLAQUETAS   |
| CULTIVO PARA HONGOS                                  | PLAQUETAS POR HEMATÓLOGO  |
| CULTIVO PARA LISTERIA                                | PLASMA SEMINAL  |
| CULTIVO PARA MYCOPLASMA                              | PLASMA SEMINAL BIOQUIMICA   |
| CULTIVO E IDENTIF.DE BACTERIAS.VARIOS MATERIALES     | PORFOBILINOGENO   |
| CULTIVO E IDENTIFICACION DE HONGOS.VARIOS MATERIALES | POTASIO   |
| CULTIVO EN CATETERES                                 | POTASIO (O)   |
| CULTIVO GERMESES COMUNES, VARIOS MATERIALES          | PPD   |
| CULTIVO, HECES (COPROCULTIVO)                        | PRE ALBUMINA  |
| CULTIVO, LIQUIDO PERITONEAL                          | PREPARACIÓN DE CÉLULAS LE   |
| CULTIVO ORINA MICCION MEDIA (UROCULTIVO)             | PRO-CALCITONINA, SANGRE   |

|   |  |
|---|--|
| CULTIVO P/ MYCOPLASMA H +<br>UREAPLASMA U                             | PRODUCTOS DE DEGRADACIÓN DE LA FIBRINA                         |
| CULTIVO PARA BUSQUEDA EVR   | PROGESTERONA   |
| CULTIVO PARA BUSQUEDA KPC   | PROLACTINA   |
| CULTIVO PARA STREPTOCOCCUS DEL<br>GRUPO B                             | PROTEÍNAS C  |
| CULTIVO PARA UREAPLASMA UREALITICO,<br>VARIOS MATERIALES ( X MUESTRA) | PROTEÍNAS S  |
| CULTIVO, URETRAL  | PROTEÍNAS C REACTIVA   |
| CULTIVO,VAGINAL   | PROTEINA C REACTIVA PCR (NO CARDIOESPECIFICA)                  |
| CURVA DE TOLERANCIA ORAL A LA<br>GLUCOSA                              | PROTEINA C REACTIVA CUANTITATIVA/PCR, SUERO                    |
| CURVA DE GLUCOSA (03 HORAS)   | PROTEINA C REACTIVA ULTRASENSIBLE / PCR<br>ULTASENSIBLE, SUERO |
| CURVA DE GLUCOSA (04 HORAS)   | PROTEINA C REACTIVA/PCR, SUERO ( PCR<br>CUALITATIVO)           |
| CURVA DE GLUCOSA (05 HORAS)   | PROTEINA C REACTIVA/PCR, SUERO ( PCR<br>CUALITATIVO) EXENTO    |
| CURVA DE GLUCOSA (EMBARAZO)   | PROTEÍNAS DE BENGE-JONES                                       |
| DETERMINACIÓN DE CARGA VIRAL  | PROTEINA DEL COMPLEMENTO C3, SUERO                             |
| DEHIDROEPIANDROSTENEDIONA(DHEA-<br>S04)                               | PROTEINA DEL COMPLEMENTO C4, SUERO                             |
| DEHIDROTESTOSTERONA   | PROTEINA S,SANGRE  |
| DENGUE AG (ANTÍGENO)  | PROTEINAS - PROTEINURIA 24 HS.                                 |



|   |  |
|---|--|
| DENGUE ANTICUERPO (AC) IGG  | PROTEINAS - RELACION A/G               |
| DENGUE ANTICUERPO (AC) IGM  | PROTEÍNAS ELECTROFORESIS               |
| DENGUE DETECCION TEMPRANA<br>(HMG,VSG,PLAQUETAS,PCR,DENGUE NS1<br>ANTIGENO), SANGRE | PROTEÍNAS TOTALES                      |
| DENGUE IGG - ELISA  | PROTEÍNAS TOTALES (O)                  |
| DENGUE NS1 ANTIGENO, SUERO  | PROTEINAS TOTALES A/G, SUERO           |
| DENGUE NS1,ANTIGENO CUALITATIVO<br>(INMUNOCROMATOGRAFICO)                           | PROTEINAS TOTALES Y FRACCIONES, SANGRE |
| DENGUE VIRUS (DENV), DETECCION (PCR)  | PROTEINAS TOTALES, ORINA 24 H          |
| DENSIDAD  | PROTEINAS TOTALES, SANGRE              |
| DETERMINACIÓN DE GRUPO<br>SANGUÍNEO/TIPIFICACIÓN                                    | PROTEINOGRAMA                          |
| DIFTERIA, CULTIVO   | PROTEINURIA 24 HS                      |
| DIMERO D  | PROTOMORFINAS                          |
| DIGOXINA  | PROTOZOARIOS                           |
| DNA-AC  | PRUEBA DE CONCENTRACIÓN                |
| DIÓXIDO DE CARBONO (CO2)  | PRUEBA DE DILUCIÓN                     |
| D-XILOSA  | PRUEBA DE LAZO                         |
| DGP (ANTI-PEPTIDOS DE GLIADINA<br>DESAMINADO) IGA                                   | PRUEBA DE TOLERANCIA ORAL A LA GLUCOSA |
| DGP (ANTI-PEPTIDOS DE GLIADINA<br>DESAMINADO) IGG                                   | PRUEBA DE TOLERANCIA A LA LACTOSA      |

|  |  |
|--|--|
| DGP2 - AC IGA (DEAMIDADOS PEPTIDOS ESPECIFICOS DE GLIADINA), SUERO | PRUEBA DE TZANCK                                 |
| DGP2 - AC IGG (DEAMIDADOS PEPTIDOS ESPECIFICOS DE GLIADINA), SUERO | PRUEBA DE COOMBS DIRECTO                         |
| DHEA-SO4 (DEHIDROEPIANDROSTERONA SULFATO), SANGRE                  | PRUEBA DE GLUCOSA (HEMOGLUCOTEST) EN INTERNACION |
| DIGOXINA CUANTITATIVO, SUERO                                       | PYRILINKS  |
| DIHIDROXIVITAMINA D (VIT-VD3), SANGRE                              | PYRILINKS - D / NTX                              |
| DIMERO - D, SANGRE   | PTH  |
| DOSAJE DE ÁCIDO VALPROICO  | PUS. CULTIVO                                     |
| DOSAJE DE ÁCIDO FENOBARBITAL                                       | PUNTA DE CATÉTER CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA          |
| DOSAJE DE VANCOMICINA  | QUANTIFERON - TB                                 |
| DOSAJS DE CADENAS LIGERAS  | QUIMIOTRIPSINA                                   |
| DOSAJS DE CADENAS LIGERAS, (KAPPA LIBRE+ LAMBDA LIBRE), ORINA      | QUISTES DE PROTOZOOS                             |
| DOSAJS DE CADENAS LIGERAS, (KAPPA LIBRE+ LAMBDA LIBRE), SANGRE     | RASPADO DE LENGUA. CULTIVO PARA HONGOS           |
| EBV-EA-AC  | RAST 1 DETERMINACION ,SANGRE                     |
| EBV-VCA-AC   | RAST PARA HONGOS                                 |
| ECHOVIRUS IGG ANTICUERPOS, SANGRE                                  | RAST PARA HUEVO                                  |
| ECHOVIRUS IGM ANTICUERPOS, SANGRE                                  | REACCIÓN DE HUDDLESON                            |
| ELECTROFORESIS DE HEMOGLOBINA                                      | REACCIÓN DE WIDAL                                |

|  |                                       |
|--|---------------------------------------|
| ELECTROFORESIS DE LIPOPROTEÍNAS                              | RECuento DE ADDIS                     |
| ELECTROFORESIS DE PROTEÍNAS                                  | RECuento DE GLOBULOS BLANCOS          |
| ELECTRÓLITOS   | RECuento DE GLOBULOS ROJOS            |
| ELECTROLITOS - IONOGRAMA (NA + K + CL)                       | RECuento DE HEMATIES                  |
| ELECTROLITOS (O)   | RECuento DE PLAQUETAS                 |
| ENDOMISIO ANTICUERPOS IGA, SANGRE                            | RECuento DE PLAQUETAS HEMATOLOGICO    |
| ENDOMISIO ANTICUERPOS IGG, SANGRE                            | RECuento DE LEUCOCITOS                |
| ENDOMISIO ANTICUERPOS IGM, SANGRE                            | RECuento DE LINFOCITOS CD4            |
| ENZIMAS CARDIACAS (GOT - CK TOTAL - CK MB - LDH)             | RECuento DE RETICULOCITOS             |
| EOSINÓFILOS  | RELACIÓN A/B                          |
| EPSTEIN BAAR VIRUS EBNA IGG ANTICUERPOS VCA (ABC-VCA), SUERO | RELACIÓN CALCIO/CREATININA            |
| EPSTEIN BAAR VIRUS-VCA-IGG ANTICUERPOS, SUERO                | RELACIÓN PAS/PAS LIBRE                |
| EPSTEIN BAAR VIRUS-VCA-IGM ANTICUERPOS, SUERO                | RETICULOSITOS                         |
| ERITROSEDIMENTACIÓN  | RETRACCIÓN DEL COÁGULO                |
| ESCHERICHIA COLI ENTEROPATOGENO                              | RETRACCION DEL COAGULO,SANGRE         |
| ESCHERICHIA COLI KI. LATEX                                   | RETRO CULTIVO AUTOMATIZADO            |
| ESPERMA, CULTIVO   | RK 39 LEISHMANIASIS KALAAZAR          |
| ESPERMA, ANTIBIOGRAMA  | RO (SSA) ANTICUERPOS, SUERO (ANTI RO) |

|   |  |
|---|--|
| ESPERMOGRAMA  | RH   |
| ESPUTO - COLORACION DE ZIEHL  | ROTAVIRUS                                      |
| ESPUTO FROTIS   | RUBEOLA IGG                                    |
| ESPUTO. COLORACIÓN PARA BAAR  | RUBEOLA IGM                                    |
| ESPUTO. CULTIVO PARA BAAR   | SANGRE OCULTA                                  |
| ESPUTO CULTIVO PARA GERMESES COMUNES (ESPUTO, CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA) | SANGRE OCULTA O GUAYACO                        |
| ESPUTO. EOSINÓFILOS Y MASTOCITOS                                      | SANGRE OCULTA, HECES / TEST DE GUAYACO         |
| ESTEATOCRITO  | SARS-COV2 (CORONAVIRUS)                        |
| ESTRADIOL   | TEST DE ANTÍGENO PARA COVID-19                 |
| ESTRIOL LIBRE   | TEST PCR                                       |
| ESTROGENOS TOTALES  | SATURACIÓN DE OXÍGENO                          |
| ESTRONA   | SECRECIÓN CONJUNTIVAL. CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA  |
| ESTUDIO CAPILAR. INVESTIGACIÓN DE HONGOS                              | SECRECIÓN ENDOCERVICAL. CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA |
| EXCESO DE BASE  | SECRECIÓN FARÍNGEA. CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA     |
| ESTUDIO METABOLICO DE LITIASIS RENAL (SANGRE Y ORINA)                 | SECRECIÓN GENITAL. CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA      |
| ETANOL CUANTITATIVO, SANGRE   | SECRECIÓN NASAL. CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA        |
| EXAMEN DIRECTO / FRESCO, VARIOS MATERIALES                            | SECRECIÓN NASAL. EOSINOFILOS Y MASTOSITOS      |

|  |   |
|--|---|
| EXAMEN MICOLOGICO FROTIS: FRESCO Y TINCION, VARIOS MATERIALES              | SECRECIÓN PROSTÁTICA. CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA                  |
| EXAMEN MICROBIOLOGICO FROTIS/ FROTIS DE MUCUS FECAL / FMF                  | SECRECIÓN PROSTÁTICA FROTIS                                   |
| EXAMEN MICROBIOLOGICO, FROTIS. VARIOS MATERIALES                           | SECRECIÓN PURULENTA. CULTIVO                                  |
| EXAMEN MICROBIOLOGICO FROTIS:FRESCO Y TINCION VARIOS MATERIALES BIOLOGICOS | SECRECIÓN TRAQUEAL. CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA                    |
| FACTOR REUMATOIDEO   | SECRECIÓN URETRAL. CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA                     |
| FACTOR REUMATOIDEO ANTICUERPOS IGA, SANGRE                                 | SECRECIÓN URETRAL FROTIS                                      |
| FACTOR REUMATOIDEO ANTICUERPOS IGG, SANGRE                                 | SECRECION VAGINAL UREAPLASMA CULTIVO                          |
| FACTOR REUMATOIDEO ANTICUERPOS IGM, SANGRE                                 | SECRESION VAGINAL - CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA                    |
| FACTOR REUMATOIDEO (ARTRITEST)   | SECRECION ANAL P/STREPTOCOCCO AGALAC B HEMOL B                |
| FACTOR REUMATOIDEO CUANTITATIVO  | SECRECION CULTIVO VARIOS MATERIALES                           |
| FACTOR REUMATOIDEO ISOTIPO IGA   | SECRECION EN MATERIAL BIOLOGICO CULTIVO PARA GERMENES COMUNES |
| FACTOR REUMATOIDEO ISOTIPO IGG   | SECRECION FROTIS VARIOS MATERIALES                            |
| FACTOR REUMATOIDEO ISOTIPO IGM   | SECRESION VAGINAL - EXAMEN FRESCO Y GRAM                      |
| FACTOR V LEYDEN, ACTIVIDAD, SANGRE   | SECRESION VAGINAL FROTIS                                      |
| FACTOR VIII ACTIVIDAD, SANGRE  | SECRECION VAGINAL ,FROTIS / EX. MICROBIOLOGICO                |
| FENILHIDANTOINA  | SECRESION VAGINAL PH  |

|  |   |
|--|---|
| FENIL ALANINA  | SECRESION VULVO VAGINAL - CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA                          |
| FENILALANINA NEONATAL SCREENING, SANGRE                | SECRECIÓN BULBAR. CULTIVO   |
| FENITOINA / DIFENILHIDANTOINA / FENILHIDANTOINA, SUERO | SECRESION VAGINAL FROTIS Y CULTIVO  |
| FENO (FRACCION ESPIRATORIA DE OXIDO NITRICO)           | SECRESION VAGINAL P/STREPTOCOCCUS AGALACTIE B HEMOLITICO B                |
| FERRITINA, SANGRE                                      | SECRECIONES EN MATERIAL BIOLOGICO CULTIVO PARA HONGOS                     |
| FIBRINOGENO, SANGRE                                    | SECRECIONES EN MATERIAL BIOLOGICO FROTIS Y CULTIVO PARA GERMEENES COMUNES |
| FENOBARBITAL   | SECRECIONES EN MATERIAL BIOLOGICO FROTIS Y CULTIVO PARA HONGOS            |
| FERRITINA  | SECRECIONES EN MATERIAL BIOLOGICOS, EXAMEN MICOLOGICO, FROTIS             |
| FIBRINOGENO  | SECRECIONES EN MATERIAL BIOLOGICOS, EXAMEN MICROBIOLOGICO, FROTIS         |
| FIBRINOLISIS   | SECRECIONES FARINGEA CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA                               |
| FORMULA LEUCOCITARIA                                   | SEC.VAGINAL CULTIVO PARA GERMEENES  |
| FOSFATASA ACIDA PROSTÁTICA(PAP)                        | SEC.VAGINAL CULTIVO PARA HONGOS   |
| FOSFATASA ACIDA TOTAL                                  | SEC.VULVO VAGINAL, EX. MICROBIOLOGICO                                     |
| FOSFATASA ACIDA TOTAL Y PROSTATICA                     | SEC.VULVO VAGINAL, CULTIVO HONGOS   |
| FOSFATASA ALCALINA                                     | SHBG(GLOBULINATRANSF. HORMONA SEXUAL)                                     |
| FOSFATIDIL-GILIEROL EN LIQ. AMINIÓTICO                 | SIDA-AC   |

|   |  |
|---|--|
| FOSFOLIPIDOS  | SÍFILIS                                    |
| FÓSFORO   | SIMIS-HUNNER - TEST                        |
| FÓSFORO (O)   | SHIGELLA. CULTIVO                          |
| FOSFORO, DEPURACION (CLEARANCE), SANGRE Y ORINA     | SM ANTICUERPOS,SANGRE                      |
| FRAGILIDAD OSMÓTICA DE LOS HEMATIES                 | SNRNP-C ANTICUERPO                         |
| FROTIS DE SANGRE PERIFÉRICA (FSP)                   | SO2  |
| FROTIS DE SANGRE PERIFÉRICA HEMATOLOGICA            | SODIO                                      |
| FROTIS DE SANGRE PERIFÉRICA + RECUENTO DE PLAQUETAS | SODIO (O)                                  |
| FRUCTOSA  | SOMATOMEDINA - C                           |
| FRUCTOSAMINA  | STAPHYLOCOCCUS AUREUS                      |
| FSH   | STREPTOCOCCUS. CULTIVO                     |
| FTA-ABS EN L.C.R.                                   | STREPTOCOCCUS. BETA HEMOLITICO GR. A.LATEX |
| FTA-ABS-IGG AC                                      | STREPTOCOCCUS. GRUPO B.LATEX               |
| FTA-ABS-IGM AC                                      | STREPTOCOCCUS. PNEUMONIAE                  |
| FTI   | STREPTONASA B                              |
| GALACTOSA NEONATAL                                  | STREPTOZIMA                                |
| GAMMA GLOBULINAS                                    | SUSTANCIAS REDUCTORAS, (BENEDICT) HECES    |
| GAMMA GT  | SWIN - UP                                  |

|   |   |
|---|---|
| GARGANTA. CULTIVO   | TTG   |
| GASES ARTERIALES (GASOMETRÍA ARTERIAL)                                | T3 LIBRE  |
| GASES VENOSOS (GASOMETRIA VENOSA)                                     | T3 TOTAL  |
| GASTRINA  | T3 UPTAKE   |
| GC. CULTIVO   | T4 LIBRE  |
| GH (HORMONA DE CRECIMIENTO)   | T4 NEONATAL   |
| GLIADINA IGA-IGG-IGM  | T4 TOTAL  |
| GLOBULINA   | TACROLINEMIA  |
| GLÓBULOS BLANCOS  | TEST DE ABSORCIÓN A LA XILOSA   |
| GLÓBULOS ROJOS  | TEST DE ARBORIZACION  |
| GLUCOHEMOGLOBINA  | TEST DE O ´ SULLIVAN  |
| GLUCOSA   | TEST DE TZANCK  |
| GLUCOSA (O)   | TEST DEL PIECITO (TSH NEONATAL, TRIPSINA INMUNO REACTIVA, FENILALANINA) |
| GLUCOSA 6 FOSFATO DE DESIDROGENASA (G6PD)                             | TEST PARA DENGUE AG   |
| GLUCOSA. CURVA DE TOLERANCIA  | TEST PARA DENGUE CROMATOGRAFICO AG                                      |
| GLUCOSA PRE Y POS PRANDIAL  | TEST PARA DENGUE CROMATOGRAFICO IGG                                     |
| GLUCOSA PRUEBA DE TOLERANCIA ORAL (PTGO) (2 DET.) EMBARAZADAS, SANGRE | TEST PARA DENGUE CROMATOGRAFICO IGM                                     |



|   |  |
|---|--|
| GLUCOSA PRUEBA DE TOLERANCIA ORAL (PTGO) (2 DET.), SANGRE         | TEST PARA DENGUE IGG (MÉTODO ELISA)                          |
| GLUCOSA PRUEBA DE TOLERANCIA ORAL (PTGO) (3 DET.), SANGRE         | TEST PARA DENGUE IGM (MÉTODO ELISA)                          |
| GLUCOSA PRUEBA DE TOLERANCIA ORAL (PTGO) (4 DET.) ADULTOS, SANGRE | TEST DE COOMBS DIRECTO                                       |
| GLUCOSA, TEST DE O'SULLIVAN (2 DET.), SANGRE                      | TEST DE COOMBS INDIRECTO                                     |
| GLUCOSA/GLICEMIA/GLUCEMIA, SUERO                                  | TEST DE ESTIMULACIÓN CON ACTH                                |
| GLUCOSA/GLUCOSURIA, ORINA ESPONTANEA                              | TEST DE ESTIMULACIÓN HORMONA DE CRECIMIENTO                  |
| GLUCOSURIA  | T.* CON EJERCICIOS* CON L-DOPA                               |
| GANADOTROFINA CORIÓNICA (HCG)                                     | TEST DE ESTIMULACIÓN CON LH/RH                               |
| GONOCOCO (BUSQUEDA), THAYER MARTIN                                | TEST DE ESTIMULACIÓN CON TRH                                 |
| GOTA GRUESA   | TEST DE HAM  |
| GOT / AST   | TEST DEL HELICOBACTER PILORY POR METODO DEL ALIENTO          |
| GOT (ASPARTATO AMINOTRANFERASA), LIQUIDOS BIOLOGICOS              | TEST DEL HIDROGENO EXPIRADO P/INTOLERANCIA A LA LACTOSA      |
| GOT (ASPARTATO AMINOTRANFERASA), SANGRE                           | TEST DE SUPRESIÓN CON DEXAMETOSONA                           |
| GOTA GRUESA, HEMOPARASITOS  | TEST IN VITRO DE PENETRACIÓN ESPERMÁTICA EN T. MOCO CERVICAL |
| GPT / ALT   | TEST DE POST-COITAL  |
| GPT (ALANINA AMINOTRANSFERASA), LIQUIDOS BIOLOGICOS               | TEST DE SIMS-HUNER   |

|  |  |
|--|--|
| GPT (ALANINA AMINOTRANSFERASA), SANGRE | TEST DEL SUDOR   |
| GRAHAM-TEST                            | TEST DE HPV  |
| GRAVINDEX                              | TEST DE IRT  |
| GRUPO SANGUÍNEO                        | TESTOSTERONA LIBRE   |
| GUAYACO                                | TIBC (CAPACIDAD DE FIJACIÓN DEL HIERRO)                          |
| HAM-TEST                               | TGI/TOMA Y LECTURA DE PAP  |
| HMBURGER-TEST                          | TGI/TOMA Y LECTURA DE PAP + COLPOSCOPIA COMO UNICO PROCEDIMIENTO |
| HAMBER                                 | TIEMPO DE COAGULACIÓN  |
| HAPTOGLOBINA                           | TIEMPO DE COAGULACIÓN Y SANGRÍA                                  |
| HBA 1C                                 | TIEMPO DE PROTROMBINA - TP                                       |
| HDELTA                                 | TIEMPO DE SANGRIA  |
| HAV - IGG (ANTIC HEPATITIS A)          | TIEMPO DE PROTROMBINA Y COAGULACIÓN                              |
| HAV - IGM (ANTIC HEPATITIS A)          | TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ACTIVADA (TTPA)                 |
| HBC - AC IGG (ANTI CORE)               | TIMOL  |
| HBC - AC IGM (ANTI CORE)               | TINE TEST  |
| HBDH                                   | TZANCK - PRUEBA DE   |
| HBE-AC                                 | TIPIFICACIÓN   |
| HBE-AG                                 | TIROIDES   |

|   |  |
|---|--|
| HBS-AC  | TIROGLOBULINA  |
| HBS - AG (ANTIGENO DE SUPERFICIE - HEPATITIS B) | TIROGLUBINA  |
| HCG CUANTITATIVO TUMORAL (MARCADOR TUMORAL)     | TIROPEROXIDASA - ANTICUERPO (TIPO - AC)              |
| HCG-SUB-UNIDAD BETA                             | TESTOSTERONA BIODISPONIBLE                           |
| HCG-SUB-UNIDAD BETA CUANTITATIVA                | TESTOSTERONA LIBRE                                   |
| HCV - AC (ANTIC HEPATITIS C)                    | TESTOSTERONA TOTAL,SANGRE                            |
| HDL-COLESTEROL                                  | TOXOPLASMA GONDII IGG ANTICUERPOS (IFI), SUERO       |
| HECES. BENEDICT                                 | TOXOPLASMA GONDII IGG ANTICUERPOS, SUERO             |
| HECES. EXAMEN PARASITOLÓGICO                    | TOXOPLASMA GONDII IGM ANTICUERPOS (IFI), SUERO       |
| HECES. EXAMEN PARASITOLÓGICO SERIADO            | TOXOPLASMA GONDII IGM ANTICUERPOS (U-CAPTURA), SUERO |
| HECES. FLORA MICROBIANA                         | TOXOPLASMOSIS (TEST DE AVIDEZ)                       |
| HECES. FROTIS                                   | TOXOPLASMOSIS-IGG                                    |
| HECES. HONGOS                                   | TOXOPLASMOSIS-IGM                                    |
| HECES. MICROSCOPIA FUNCIONAL                    | TRANSFERRINA   |
| HECES PARASITOLOGICO                            | TRANSGLUTAMINASA TISULAR ANTICUERPO IGA              |
| HECES PARASITOLOGICO FRESCO 1 DIA (V Y P)       | TRANSGLUTAMINASA TISULAR ANTICUERPO IGG              |
| HECES PARASITOLOGICO SERIADO/3 DIAS             | TRICHOMONAS VAGINALIS                                |
| HECES PARASITOLOGICO SERIADO/5 DIAS             | TRIGLICÉRIDOS  |

|   |  |
|---|--|
| HECES SERIADO/3 DÍAS  | TROPONINA I, CUANTITATIVA                                    |
| HEMATOCRITO   | TROPONINA I  |
| HELICOBACTER PYLORI ANTICUERPOS IGA, SANGRE                   | TROPONINA C  |
| HELICOBACTER PYLORI ANTICUERPOS IGG, SANGRE                   | TROPONINA T  |
| HELICOBACTER PYLORI ANTICUERPOS IGM, SANGRE                   | TRYPANOSOMA CRUZI-AC (IGG IGM)                               |
| HEMOCULTIVO EN ANAEROBIOSIS AUTOMATIZADO                      | TSH  |
| DGP (PEPTIDO DEAMINADO DE GLIADINA), ANTICUERPOS IGA, SANGRE. | TSH NEONATAL   |
| DGP (PEPTIDO DEAMINADO DE GLIADINA), ANTICUERPOS IGG, SANGRE  | TSH 3ª GENERACION (HORMONA ESTIMULANTE DE LA TIROIDE), SUERO |
| PRUEBA ZIKA   | TTPA   |
| TEST DEL HIDRÓGENO ESPIRADO                                   | TPO (TIROPEROXIDASA ANTICUERPOS) MICROSOMALES, SUERO         |
| HEMOCULTIVO EN AEROBIOSIS                                     | TRAB (ANTIC. RECEPTOR DE LA TSH)                             |
| HEMOCULTIVO EN ANAEROBIOSIS                                   | ULCERA GENITAL. CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA                       |
| HEMOGLOBINA   | UREA   |
| HEMOGLOBINA. ELECTROFORESIS                                   | UREAPLASMA UREALYTICUM                                       |
| HEMOGLOBINA FETAL   | UREAPLASMA UREPLASMA   |
| HEMOGLOBINA. GLUCOSILADA (HB A 1C) GLUCOHEMOGLOBINA           | UROBILINA  |

|   |   |
|---|---|
| HEMOGLOBINA GLICADA-<br>HBA1C/HEMOGLOBINA GLICOSILADA ,<br>SANGRE | UROBILINOGENO   |
| HEMOGRAMA   | VAN DE KAMER  |
| HEMOGRAMA CON ERITROSEDIMENTACION                                 | VANDIL - MANDELIC - ACID (AVM)                        |
| HEMOGRAMA (PLAQUETAS + VSG) P/<br>HEMATÓLOGO                      | VARICELLA ZOSTER IGG ANTICUERPOS, SUERO               |
| HEMOGRAMA CON PLAQUETAS   | VARICELLA ZOSTER IGM ANTICUERPOS, SUERO               |
| HEMOPARÁSITOS   | VERMES  |
| HEMOPARASITOS - GOTA GRUESA                                       | VDRL  |
| HEMOPHILUS INFLUENZAE TIPO B.LÁTEX                                | VDRL EN LCR   |
| HEPATITIS (AC Y AG) VER HAV Y HB                                  | VITAMINA B12  |
| HEPATITIS A (HAV) IGG ANTICUERPOS ,<br>SANGRE                     | VIH-AC  |
| HEPATITIS A (HAV) IGM ANTICUERPOS ,<br>SANGRE                     | VICENT'S ANGINA. FROTIS                               |
| HEPATITIS B IGG   | VIROCITOS   |
| HEPATITIS B IGM   | VLDL COLESTEROL                                       |
| HEPATITIS B ANTIC. DE SUPERFICIE (HBS-<br>AC) IGG, SANGRE         | VSR AC  |
| HEPATITIS B ANTIC. DE SUPERFICIE (HBS-<br>AC) IGM, SANGRE         | VIRUS SINCICIAL AG (VSR) - MET.<br>INMUNOCROMATOGRFIA |
| HEPATITIS B ANTICUERPOS DE SUPERFICIE<br>(HBS-AC), SANGRE         | VIRUS SINCICIAL IGG (VSR)                             |

|   |   |
|---|---|
| HEPATITIS B ANTIGENO DE SUPERFICIE (HBS AG), SANGRE | VIRUS SINCICIAL IGM (VSR)                                       |
| HEPATITIS B CORE ANTICUERPOS IGG, SANGRE            | VIRUS SINCICIAL RESPIRATORIO ANTIGENO, MATERIALES BIOLOGICOS    |
| HEPATITIS B CORE ANTICUERPOS IGM, SANGRE            | VITAMINA B12  |
| HEPATITIS C ANTICUERPOS                             | VITAMINA D (25OH)   |
| HEPATITIS C (HCV) IGM ANTICUERPOS, SANGRE           | WIDAL. REACCIÓN DE  |
| HEPATITIS C (HCV) IGG ANTICUERPOS, SANGRE           | XILOSA. TEST DE ABSORCIÓN                                       |
| HEPATITIS C, SUERO                                  | YERSENIA CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA                                 |
| HEPATOGRAMA (GPT-GOT-FA-BT-BD-BI)/PERFIL            | ZIKA IGG  |
| HEPÁTICO  | ZIKA IGM  |
| HERPES  | ZINC, SUERO   |
| HERPES SIMPLE TIPO 1 IGG ANTICUERPOS, SUERO         | PROBABILIDAD DE RIESGO HLA-DQ8 PARA ENFERMEDAD CELIACA.         |
| HERPES SIMPLE TIPO 1 IGM ANTICUERPOS, SUERO         | SE INCLUYE ESTUDIO DEL SUEÑO (100% DE COBERTURA).               |
| HERPES SIMPLE TIPO 2 IGG ANTICUERPOS , SUERO        | SE INCLUYE CENTELLOGRAFÍA Y CAPTACIÓN TIROIDEA.                 |
| HERPES SIMPLE TIPO 2 IGM ANTICUERPOS, SUERO         | CHIKUNGUNYA IGM   |
| HERPES - SECRESION GENITAL                          | DGP2-AC IGA (DEAMIDADOS PEPTIDOS ESPECÍFICOS DE GLIADINA) SUERO |

|  |  |
|--|--|
| HETEROFILOS ANTICUERPOS ( MONOTEST ), INVESTIGACION , SANGRE | DGP2-AC IGG (DEAMIDADOS PEPTIDOS ESPECÍFICOS DE GLIADINA) SUERO  |
| H.G.H.   | TES RAPIDO DETECCION MULTIPLES DE ANTIGENOS RESPIRATORIOS (SARS-COV-2, INFLUEZA A+B, RSV, ADENOVIRUS, M. PNEUMIAE) |

Todos los estudios laborales citados en el presente listado deberán tener una cobertura total y en todos los casos el estudio es por persona y sin límites.

**ESTUDIOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS DE VIDEOENDOSCOPIA:** con cobertura del 100%, incluyendo: Honorarios profesionales del especialista y anestesista, servicios de enfermería, medicamentos y materiales descartables y/o desechables, uso de equipos, uso de sala de procedimientos e internación en caso necesario, las que se realizarán en centros habilitados para estos estudios por LA ASEGURADORA, incluye todas las especialidades que utilizan este método, tales como:

- Extracción de cuerpos extraños tubo digestivo
- Esclerosis de lesiones sangrantes tubo digestivo
- Papilotomía
- Colangiopancreatografía retrógrada
- Electrocoagulación
- Polipectomía

Este listado no es limitativo y deberá incorporar todas las especialidades que utilizan métodos endoscópicos ya sea como medio de diagnóstico, procedimiento quirúrgico o de tratamiento.

## COBERTURA 2

### **BENEFICIARIO TITULAR: Contratados**

Son considerados **BENEFICIARIO TITULAR** el funcionario/a contratado.

Las incorporaciones de nuevos titulares deberán ser realizada por la contratante dentro de los primeros 10 (diez) días de cada mes para su incorporación al servicio. Las comunicaciones de las inclusiones de nuevos titulares serán realizadas por la Dirección de Gabinete de la DGA en representación de la institución, la cobertura y facturación de los servicios tendrá vigencia desde la entrega del carnet a través de nota oficial de entrega al asegurado titular.

**La cobertura de TITULARES CONTRATADOS es individual, no incluye BENEFICIARIOS DIRECTOS ni BENEFICIARIOS ADHERENTES.**

El servicio administrativo de LA ASEGURADORA, deberá estar a disposición del beneficiario en forma permanente (24 horas al día), incluyendo sábados, domingos y feriados para casos de urgencia, a fin de proveer la cobertura sanatoria a los servicios requeridos, como así también los trámites de visaciones y coberturas.

La ASEGURADORA, contará con un personal permanente con el suficiente poder de decisión para la atención de los beneficiarios, durante y fuera de los horarios administrativos en días inhábiles inclusive; para el cumplimiento de esta cláusula, la ASEGURADORA deberá comunicar a la Dirección de Gabinete de la DGA por escrito la nómina de los funcionarios con sus respectivos números telefónicos, en el plazo de 5 (cinco) días hábiles desde la firma del contrato.

La ASEGURADORA deberá proveer, a solicitud de la Dirección de Gabinete de la DGA, datos estadísticos respecto a consultas, intervenciones, análisis clínicos, internaciones, imágenes, utilización de servicios de urgencias y emergencias en un plazo máximo de 5 (cinco) días hábiles desde la recepción de la solicitud.

En caso de solicitarse historias clínicas, la entrega por parte del sanatorio deberá ser aprobada por el paciente ya que la misma es confidencial.

La ASEGURADORA deberá proveer a solicitud del titular el estado de cuenta y/o listado de servicio, en un plazo no mayor a 48 horas.

### **LA IDENTIFICACION**

LA ASEGURADORA, proporcionará al Beneficiario Titular, una Tarjeta de Identificación nueva de carácter intransferible a cargo de la Aseguradora, que lo acreditará como tal y que deberá exhibir toda vez que requiera servicios médicos, sanatoriales y/o diagnósticos cubiertos.

La pérdida o extravío de la Tarjeta de Identificación, se deberá comunicar de inmediato a la Empresa, en cuyo caso la renovación correrá por cuenta y costo del titular, la que deberá ser solicitada a la aseguradora y proporcionada por esta en un plazo no mayor de 24 horas.

#### **VIGENCIA DE LOS SERVICIOS:**

Se concede la VIGENCIA INMEDIATA en todos los servicios. La vigencia y la cobertura de la totalidad de los servicios corren desde la fecha dispuesta en el Contrato y hasta el plazo establecido. El atraso en el pago no imputable a la contratante no podrá ser causante de la suspensión de los servicios, de darse esta suspensión del servicio la contratante podrá solicitar la rescisión del contrato.

#### **COBERTURA TOTAL:**

Se entenderá por cobertura total la inclusión de los honorarios profesionales, paramédicos, centros de diagnósticos, de rehabilitaciones, ambulancias y traslados en todas las modalidades y demás servicios requeridos por la naturaleza del contrato, independientemente del saldo de cobertura en los demás servicios.

Los casos congénitos no serán cubiertos por el contratista.

Además se incluirá la libre elección de profesionales, centro de diagnóstico, de rehabilitación y servicios sanatoriales para capital e principales ciudades del interior del país (consultas, urgencias, cirugías, internaciones, y otros servicios) de conformidad al listado de profesionales con los que la aseguradora posea contrato de prestación de servicios.

Los profesionales habilitados para consultas y tratamientos deberán estar habilitados además para los casos que se requieran cirugías.

#### **ASISTENCIA MÉDICA Y SANATORIAL INTEGRAL**

A los efectos del presente contrato evento se entenderá como cobertura por evento a todo proceso relacionado a una enfermedad clínica y/o quirúrgica y sus complicaciones, hasta tanto no se hayan resuelto e independientemente a la cantidad de internaciones y/o procedimientos médico quirúrgicos. Si el paciente tuviera más de un diagnóstico se cubrirá por el que motivó la internación o el cuadro de base.

Desde el 1º día de ingreso del paciente sea en urgencia, internaciones, terapia intermedia, terapia intensiva, etc. Y a petición de parte, el sanatorio deberá proporcionar al grupo familiar, cada 24 horas, un extracto detallado de los descartables, medicamentos, consultas y cualquier otro gasto que fuese imputado a la línea de crédito del paciente separado por evento y nivel de atención sea Urgencias, internaciones, terapia intermedia, terapia intensiva.

Una vez obtenido el alta médica, el sanatorio deberá proporcionar al grupo familiar, la factura correspondiente en un plazo máximo de 2 horas, la Aseguradora será responsable del cumplimiento de este requisito.

Las empresas sub-contratadas por la Prestadora de Servicios brindarán los servicios bajo las mismas condiciones requeridas en el Contrato.

#### **VISACIONES**

Se aclara a todos los efectos que, las visaciones de las órdenes médicas y/o consultas médicas podrán realizarse en todos los casos en forma personal, vía correo electrónico, vía WhatsApp o vía fax.

La prestadora deberá remitir la correspondiente visación o respuesta en un plazo máximo de 24 (veinticuatro) horas, excepto las intervenciones o procedimientos programados que deberá remitir o responder en un plazo máximo 48 (cuarenta y ocho) horas, y los casos de urgencia que no deberá exceder los 30(treinta) minutos.

LA PRESTADORA deberá proveer las direcciones de correo electrónico y los números telefónicos a los cuales los beneficiarios y adherentes podrán remitir las órdenes, en horario normal de oficina, para casos ambulatorios no derivados de la urgencia. En los casos de urgencia, el paciente asegurado deberá acudir directamente al servicio de urgencia y/o emergencia de los prestadores en convenio, sin necesidad de visaciones, únicamente con carnet y cédula de identidad.

#### **HONORARIOS PROFESIONALES:**

Estarán cubiertos hasta el 100% (cien por ciento) todos los honorarios profesionales de especialidades reconocidas por el Circulo Paraguayo de Médicos, en internaciones, cirugías, servicios de urgencias, tratamientos, procedimientos, controles de rutina y estudios propios de las especialidades que el profesional pueda brindar, sean accidentales o no, incluyendo los derivados de eventos deportivos, las que tendrán de cobertura, conforme a las siguientes condiciones:

#### **ESPECIALIDADES:**

Todas las especialidades deberán contar con un mínimo de 5 (cinco) profesionales que cuenten con certificación o recertificación del Ministerio de Salud Pública en las diversas especialidades requeridas por los asegurados, de reconocida capacidad e idoneidad (cuyo parámetro será que cuente con por lo menos 5 años de ejercicio en la especialidad), a excepción de aquellas especialidades que no acrediten la disponibilidad de profesionales requeridos. Cualquier alteración de la lista de médicos, debido a inclusiones o exclusiones de profesionales, deberá ser comunicada por escrito a la Contratante en un plazo no mayor a 48 horas. Están incluidas las consultas virtuales mediante el uso de las tecnologías de



la información y comunicación, como video-llamada u otra habilitada por el profesional médico, debiendo garantizar siempre la prestación efectiva de los servicios.

Quedan excluidos de cobertura los sucesos derivados de eventos de alto riesgo como automovilismo, boxeo y artes marciales, además de aquellos derivados de actividades penalizados por las leyes vigentes.

También deben estar incluidas las inspecciones médicas en general solicitadas por Instituciones de enseñanza para la realización de actividades físicas.

Están incluidas las consultas virtuales mediante el uso de las tecnologías de la información y comunicación, como video-llamada u otra habilitada por el profesional médico, debiendo garantizar siempre la prestación efectiva de los servicios.

El beneficiario titular podrá consultar con un profesional que no se encuentre en el listado de médicos del contratista del seguro y sanatorios habilitados, no más de 2 (dos) veces por mes, y la cobertura se realizará por el sistema de reembolsos hasta Gs. 150.000 (guaraníes ciento cincuenta mil) por cada factura presentada. - Esta solicitud de reembolso por parte del asegurado, podrá efectuarlo hasta 30 días posteriores de consulta; y el pago o reembolso se realizará en un plazo máximo de (10) diez días posteriores a la solicitud de reembolso. Todos los servicios ofertados por la ASEGURADORA deberán estar a disposición del beneficiario en forma permanente, sin que puedan alegarse razones de orden financiero (atraso en pagos y/o transferencias) que impidan la atención de cualquiera de los profesionales del plantel, salvo causas de indisponibilidad fundadas en las leyes laborales de la República.

La ASEGURADORA podrá contratar los profesionales solicitados por la Contratante a satisfacción de los titulares, siempre y cuando medie consentimiento escrito de estos profesionales (médicos), durante la vigencia del contrato.

#### **ESPECIALIDADES CUBIERTAS.**

ALERGIOLOGIA

ANATOMIA PATOLOGICA

ANESTESIOLOGIA Y ALGOLOGÍA

ANALGESIA EN PARTOS

ARTROSCOPIA

CARDIOCIRUGIA

CARDIOLOGIA CLINICA

CARDIOLOGIA ADULTOS

CARDIOLOGIA PEDIATRICA

CIRUGIA GENERAL (menor y mayor)

CIRUGIA ONCOLOGICA

CIRUGIA VASCULAR PERIFERICA

CIRUGIA PEDIATRICA

CIRUGIA PLASTICA REPARADORA FUNCIONAL (no estética)

CIRUGIA TORAXICA

CIRUGIA VIDEOLAPAROSCÓPICA

CISTOSCOPIA

COLOPROCTOLOGIA

CLINICA MÉDICA

CLINICA NEUROLOGICA

CLINICA GERIATRICA

DERMATOLOGIA (Adultos y Niños)

DIABETOLOGIA (Adultos y Niños)

DIETOLOGIA NUTRICIÓN: consultas y tratamiento.

NUTRICIÓN PEDIATRICA

ENDOCRINOLOGIA (Adultos y Niños)

FISIOTERAPIA EN GENERAL

FISIOTERAPIA NEUROLOGICA

FISIOTERAPIA PULMONAR

FLEBOLOGIA

FONOAUDIOLOGIA/FONIATRÍA  
GASTROENTEROLOGIA (ADULTOS Y NIÑOS)  
GERIATRIA  
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA  
HEMATOLOGIA (ADULTOS Y NIÑOS)  
HEMOTERAPIA  
HEPATOLOGIA  
HISTEROSCOPIA  
INFECTOLOGIA ADULTOS  
INFECTOLOGIA PEDIATRICA  
MASTOLOGIA  
NEONATOLOGÍA  
NEFROLOGIA  
NEUMOLOGIA (ADULTOS Y NIÑOS)  
NEUROCIRUGIA  
NEUROLOGIA (ADULTOS Y NIÑOS)  
OFTALMOLOGIA (ADULTOS Y NIÑOS)  
ONCOLOGIA CLINICA (ADULTOS Y NIÑOS)  
QUIMIOTERAPIA  
OTONEUROLOGIA (ADULTOS Y NIÑOS)  
OTORRINOLARINGOLOGIA. (ADULTOS Y NIÑOS)  
PEDIATRIA  
PSICOLOGIA hasta 4 consultas/mes  
PSICOLOGÍA PEDIÁTRICA  
PSICOPEDAGOGIA  
PSIQUIATRIA  
REUMATOLOGÍA  
TOXICOLOGIA  
TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA. (ADULTOS Y NIÑOS)  
TRANSFUSIONISTA  
UROLOGIA (Adultos y Niños)

Este listado es meramente enunciativo y no limitativo, deberán estar cubiertas todas las especialidades y especialistas habilitados por el Circulo Paraguayo de Médicos y/o Sociedades y que cuenten con vínculo contractual con la Prestadora.

#### **INTERNACIONES**

Con cobertura inmediata y total hasta el alta del paciente, en por lo menos cuatro centros asistenciales de Nivel 3 en Asunción y tres de Nivel 2, habilitados por el Ministerio de Salud Pública y propuestos por el seguro, a libre elección del asegurado y/o del médico tratante. Deberá contar además con otros centros asistenciales y sanatorios en el área de Gran Asunción y las principales ciudades del interior del país, cuyo listado deberá ser presentado al momento de la presentación de la oferta. En el caso que no existan salas para internación disponibles en los centros habilitados LA ASEGURADORA deberá habilitar el traslado del paciente (titular) a otro centro asistencial del mismo nivel con cargo a LA ASEGURADORA.

Los sanatorios deberán contar con habitación individual, con baño privado, teléfono, T.V., dieta del paciente, ambiente climatizado, cama para el acompañante, colchón de agua o aire en caso necesario, atención médica (con profesionales que sean o no del plantel a cargo de la Aseguradora) y de enfermería. Deberán estar cubiertos todos los medios auxiliares de diagnóstico, medicina por imágenes y servicios laboratoriales, fisioterapia de cualquier naturaleza, alimentación del paciente por cualquier vía, incluyendo preparado y asistencia de nutricionista conforme a la indicación del médico tratante y cualquier otro tipo de tratamiento necesario hasta el alta del paciente. No existe limitación respecto a la cantidad de

veces que el asegurado deba internarse. Los límites establecidos con relación a los montos de medicamentos y descartables y/o desechables se considerarán por cada evento.

Desde el primer día de internación, EL SANATORIO deberá proveer al grupo familiar, cada 24 horas, un extracto detallado de los medicamentos, consultas, descartables u cualquier otro gasto que fuese imputado a la línea de crédito del paciente. Deberán estar cubiertas las internaciones para la realización de estudios, en caso de ser necesario, a solicitud del médico tratante.

En el caso de que el paciente necesite Sangre, plasma y/o derivados, EL SANATORIO deberá proveer los mismos y solicitar posteriormente al Grupo Familiar la reposición correspondiente. Todos los análisis correspondientes a la Sangre, plasma y/o derivados, así como transfusiones (hasta 10 transfusiones por evento), deberán ser realizados sin costo alguno para EL ASEGURADO.

Cobertura de medicamentos material descartable, y desechables (incluyendo además termómetros, guantes de goma, algodón, tapabocas o cualquier otro requerimiento por cuestiones de protocolo sanitario) por valor de ocho millones de guaraníes (G. 8.000.000.-), por evento, sea por internaciones clínicas, quirúrgicas, partos y cesáreas, para el beneficiario titular siempre que guarde relación al episodio tratado o cualquier afección adquirida durante la internación, cualquiera sea la naturaleza de los mismos, incluyendo oxígeno terapia, cualquier principio activo utilizable en problemas de salud e inmunoterapia. Se tendrá en cuenta para la cobertura de medicamentos, descartables y/o desechables desde el día de ingreso en este servicio.

Los precios de los medicamentos, materiales descartables, desechables y cubiertos facturados no podrán ser superiores que en las farmacias de plaza o comercio del ramo, según precio de venta al público fijado por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, el mismo podrá ser verificado en cualquier momento por el Departamento Médico de la institución contratante.

#### **TERAPIA INTENSIVA (adultos)**

Con cobertura del 100% hasta 10 (diez) días por episodio, para el titular.

Servicios cubiertos: pensión sanatorial, honorarios profesionales, servicio de enfermería, alimentación del paciente por cualquier vía, incluyendo preparado y asistencia de nutricionista conforme a la indicación del médico tratante, oxígeno terapia, equipos propios de la Unidad de Terapia Intensiva con colchones de agua y aire, fisioterapia de cualquier naturaleza, cuidado de enfermería y todos los medios auxiliares de diagnósticos, servicios laboratoriales, radiológicos y los descartables, desechables y medicamentos en general. Durante este tiempo no se requerirá garantía o aval alguno, ya sea personal o en efectivo al beneficiario, cuando el servicio corresponde a internación de Terapia Intensiva y sea realizado en los centros designados por la prestadora de servicios, antes de agotar las coberturas establecidas. La cobertura de medicamentos, descartables y/o desechables (incluyendo además termómetros, guantes de goma, algodón, tapabocas o cualquier otro requerimiento por cuestiones de protocolo sanitario) hasta G. 25.000.000.- (guaraníes veinticinco millones) para terapia intensiva incluyendo terapia intermedia por evento.

En el caso de que el paciente necesite Sangre, plasma y/o derivados, EL SANATORIO deberá proveer los mismos y solicitar posteriormente la reposición correspondiente. Todos los análisis correspondientes a la Sangre, plasma y/o derivados, así como transfusiones (hasta 10 transfusiones por evento), deberán ser realizados sin costo alguno para EL TITULAR, incluyendo procedimiento y honorarios profesionales.

En el caso que no existan camas de terapia intensiva disponibles en los centros habilitados LA ASEGURADORA deberá habilitar el traslado del paciente (beneficiario titular) a otro centro asistencial del mismo nivel con cargo a LA ASEGURADORA.

#### **TERAPIA INTERMEDIA (adultos)**

Se registrará en las mismas condiciones del ítem anterior.

#### **SERVICIOS DE URGENCIAS**

Cobertura total, 100%, en honorarios del médico de guardia, u otro profesional requerido, servicio de enfermería, incluyendo curaciones, derechos de sala de procedimiento/quirófano, todos los estudios para diagnósticos derivados de la consulta, radiólogo y ecógrafo permanente, todos los medios auxiliares de diagnóstico permanente (Radiología, Ecografía, Laboratorio, etc.) y medicamentos, equipos de protección médica, descartables y desechables o de uso personal como termómetros u otros.

LA ASEGURADORA, proveerá la atención médica quirúrgica derivada de cualquier clase de accidente, hasta la total recuperación del accidentado. En casos de accidentes colectivos o quemaduras graves, la atención e internación será hasta el alta del paciente.

Deberán estar cubiertos todos los medios auxiliares de diagnóstico, medicina por imágenes y servicios laboratoriales, hasta el alta del paciente, y la atención e interconsulta con profesionales de todas las especialidades.

Servicio de ambulancias para traslado de pacientes al sanatorio, 24 horas. Estos servicios serán realizados en toda la zona de la capital y su zona de influencia.

1. Deben estar cubiertos con los derechos operatorios en todo tipo de internaciones e intervenciones quirúrgicas, así como costos de internaciones y servicios de enfermería para todos los eventos.
2. Uso de equipos en general en caso de estudios para diagnósticos, y/o tratamientos incluyendo la utilización de Rayos X, Ecógrafo, Colchones de aire agua, Carpa de Oxígeno, Cuna Térmica, Tomógrafo, Electrocardiógrafo, Ecocardiógrafo, Bomba de contrapulsación intraaórtica, Saturador de Oxígeno, Equipo de Video endoscopia, Equipo de Video laparoscopia, Equipo de artroscopia, Microscopio, Monitor Monitoreo Fetal, Bomba de infusión, Gastos de traslados de equipos y recargos por fuera de hora, Litotriptor, Incubadora de transporte, Equipo de gasto cardiaco, o cualquier otro equipo e instrumental de uso médico, que contribuya al mejor desempeño del profesional para la atención del asegurado titular, beneficiario o adherente, descartable o no descartable, tendrá la cobertura total (100%), incluyendo los honorarios del profesional o ayudantes requeridos para cualquier procedimiento así como los demás requerimientos de los profesionales.
3. Aplicación de Inyecciones, con descartables requeridos, en todos los casos (urgencias y de procedimientos y tratamientos).
4. Nebulizaciones incluyendo servicio y medicamentos, en todos los casos requeridos (urgencias y de procedimientos y tratamientos).
5. Vacunas y su aplicación, en consultorio y procedimientos, test de APGAR. Las vacunas incluyen las obligatorias por el Ministerio de Salud Pública a saber: BCG, SABIN, ANTI TETÁNICA, ANTI SARAMPIONOSA, TRIPLE, DPT, todas las vacunas para HEPATITIS Y MENINGITIS, sin cargo para el asegurado. Las demás vacunas tales como influenza, varicela, HPV con cobertura del 50% para el asegurado y la aplicación y descartables en un 100%.
6. Toma de presión arterial, aplicación de ultrasonidos, masajes, infrarrojo, medicamentos y otros necesarios que pueda necesitar el asegurado, tanto para casos de accidente, como para cualquier requerimiento de atención, tendrá una cobertura total sin costo e inmediata para el BENEFICIARIO.
7. Examen médico preventivo anual, que incluya examen clínico, análisis de rutina, rayos x de tórax, ECG, y para mujeres estudio de PAP, mamografía, tendrá una cobertura total sin costo para el BENEFICIARIO y descartables en un 100%.
8. Electrocardiograma de reposo y de esfuerzo (ergometría), Holter, Slecs Midi (esp. reinyección) gatillado, electroencefalograma, audiometrías, con cobertura total a cargo de la ASEGURADORA.
9. Procedimientos endoscópicos, con endoscopios rígidos (videolaparoscópicos, uroscopios, etc.) y flexibles (fibroscopios), ecoendoscopia con y sin punción, gastrostomía, cistoscopia, ureteroscopia, laringscopia, fibrobroncoscopia, histeroscopia, artroscopia con fines de diagnóstico, cirugía o tratamiento, cubre todo lo necesario para el procedimiento incluyendo honorarios médicos, ayudante, anestesista, uso de equipos y video, materiales y elementos necesario para la realización del procedimiento etc.
10. Las Fisioterapias serán cubiertas hasta 10 sesiones en internaciones o procedimientos ambulatorios, por evento. RPG cobertura a través del sistema de reintegro de Gs. 200.000 por sesión, hasta un total de 5 durante la vigencia de este contrato.
11. La quimioterapia deberá cubrir: la internación, los honorarios profesionales, medicamentos no oncológicos, materiales no oncológicos y descartables no oncológicos, hasta el límite establecido para casos de internaciones. Las drogas oncológicas utilizadas para las sesiones de quimioterapia serán cubiertas hasta el límite establecido para terapia intensiva. En caso de quimioterapia ambulatoria la ASEGURADORA deberá cubrir las drogas oncológicas hasta el límite establecido en terapia intensiva, previa prescripción médica que indique el tratamiento oncológico ambulatorio. La cobertura será aplicada por cada titular, conforme al tratamiento indicado por el médico tratante, durante la vigencia del contrato hasta el límite establecido más arriba para cada uno.
12. Hematología y hemoterapia (Los materiales utilizados forman parte de la cobertura de materiales y/o descartables establecidos en este contrato para casos de internación), incluye los estudios serológicos y estudios Fenotipados de Glóbulos Rojos, honorarios del transfusionista y/o ayudantes y otros requerimientos para el procedimiento.
13. Endocrinología, Dietología, Nutrición incluye consultas y tratamientos o dietas.
14. Alergología y Test alérgicos. Inmunoterapia, incluyendo autovacuna, vacunas especiales, medicamentos, descartables y desechables, test para aeroalergenos y contrastes.
15. Flebología, incluye consulta, estudios, tratamientos ambulatorios y procedimientos quirúrgicos y tratamientos para úlceras venosas o varicosas, úlceras arteriales, úlceras mixtas y post traumáticas, esclerosis venosas (arañitas), con la aplicación de inyecciones. Honorarios profesionales para cirugías por láser serán cubiertos hasta un máximo de 50% (cincuenta por ciento) por la prestadora.
16. Cirugía plástica reparadora, hasta los límites establecidos para medicina de alta complejidad.
17. Monitoreo cardiológico intraoperatorio.
18. Infiltración de Ozono u otro tipo y para todas las afecciones que requieran de este tipo de procedimiento, incluyendo internación en caso de indicación médica, honorarios, medicamentos, descartables, desechables y todo lo que el

profesional requiera para el procedimiento.

19. Fonoaudiología y foniatría. Incluye consultas, tratamientos y estudios.

20. Radioterapia, Cobaltoterapia, branquiterapia y acelerador lineal, deberá incluir los medicamentos y materiales descartables-desechables, hasta el límite establecido para medicamentos en el apartado de alta complejidad.

21. Extirpación de Nevo en caso requerido, y dependiendo de la zona afectada, podrá ser realizada por un cirujano plástico con cobertura total.

22. Diálisis y hemodiálisis en los casos agudos (hasta tres por año).

23. Estarán cubiertos, las crisis hipertensivas, crisis asmática, anginas de pecho, infarto del miocardio, accidente cerebro vascular, descompensaciones diabéticas.

24. Materiales de osteosíntesis en general, por valor de G. 7.000.000 (guaraníes siete millones) (incluye materiales tales como placas, clavos, tornillos, alambre, agujas y pines, entre otros, este listado no es limitativo).

25. Inmunoterapia.

26. Test del piecito.

27. Cirugía con fines reparadores por accidentes.

28. Tratamientos especializados en alergias.

29. Cirugía oftalmológica especializada en general.

30. Oftalmología en general: consultas, estudios (incluye campimetría computarizada), procedimientos quirúrgicos, tratamientos, laserterapia casos de vicios de refracción (miopía y otros para casos no estéticos a partir de 5 dioptrías), ejercicios ortópticos, dilatación de pupila, curva de presión ocular, fondo de ojo, facoemulsificación cataratas con implantes de lente intraocular, intra o extracapsular, (este listado es enunciativo, no limitativo), blefaroplastia. En todos los casos incluye usos de equipos, descartables, medicamentos y honorarios. Incluye CROSS LINKING.

31. Cirugía Odontológica. (cubre el derecho operatorio, la sala de internación y anestesia)

32. Cerclaje (para casos de amenaza de aborto)

33. Quemaduras que no superen el 30% de la superficie corporal, tendrá cobertura en internación, procedimientos, curaciones, honorarios, medicamentos descartables, etc. Según los montos estipulados en el apartado de internaciones.

34. Transporte aéreo de paciente.

35. Cirugía coloproctológica, hemorroidectomía con engrapadora mecánica (hemorroidopexia, incluye ligasure), laser, banding, etc.

36. Cirugía de Hernia, Uni y Bilateral, umbilical u otros, congénita o adquirida. Incluye materiales protésicos para hernias por valor de Gs. 1.500.000 (guaraníes un millón quinientos mil) por evento.

37. Tratamientos de electrolisis percutáneas: hasta 5 (cinco) sesiones. Incluye uso de equipos, medicamentos y descartables. La Aseguradora otorgará la cobertura por sistema de reembolso a solicitud.

38. Control de dispositivos intracardíacos, externos o internos (marcapasos, desfibriladores, resincronizadores y otros) con 100% de cobertura.

39. Radioterapia, Cobaltoterapia, deberá incluir los medicamentos y descartables hasta el límite establecido para medicamentos en el apartado de alta complejidad.

40. Se incluirá procedimientos post quirúrgicos: tales como curaciones, extracción de puntos, suturas, control, con 100% de cobertura, así como curaciones de pie diabético, úlceras crónicas, quemaduras y similares, toma de presión arterial, nebulizaciones, aplicación periódica de inyectables (incluye descartables, no medicamentos de tratamiento o indicaciones ambulatorios) y otros servicios de enfermería con cobertura del 100%.

41. Cirugías de patologías Crónicas.

42. Anatomía Ppatológica: incluyendo biopsia de todo tipo.

43. Dermatología: incluye estudios, tratamientos clínicos, biopsias, extracción de tumores, lunares y verrugas (hasta 10 lesiones/año por cada beneficiario titular).

44. Ginecología y Obstetricia: cobertura en colocación y extracción de dispositivo intrauterino.

45. Hemoterapia: los transfusionistas en convenio deberán ser profesionales acreditados por la sociedad de hemoterapia.

46. Ureterescopía.

## **VISITAS DOMICILIARIAS**

Visitas con carácter no urgente a cargo de un plantel compuesto por tres médicos para adultos, dentro de las tres horas de recibido el llamado (indefectiblemente), mediante pago de un ticket moderador a cargo del paciente. Estas visitas deberán realizarse en toda la zona de la capital y su zona de influencia (hasta 30 km. a la redonda). Los honorarios del Profesional Médico que realice los estudios (análisis clínicos, ecografías, radiográficos con equipo portátil y electrocardiogramas, etc.) tendrán cobertura total siempre que se compruebe fehacientemente que el paciente se halla imposibilitado físicamente de concurrir a los servicios mencionados.

Deberá también contemplarse la asistencia domiciliar para análisis clínicos, ecografías, radiográficos con equipo portátil y electrocardiogramas, con cobertura total siempre que se compruebe fehacientemente que el paciente se halla imposibilitado de concurrir a los servicios mencionados.

En los casos requeridos por la los beneficios o su grupo familiar se podrá realizar consultas a domicilio con un ticket moderador por consultas de hasta de G. 50.000.- (cincuenta mil guaraníes) a cargo del Contratista. Para estos casos se podrá realizar la toma de muestras laboratoriales a domicilio, electrocardiogramas, radiografías y ecografías con equipos portátiles serán 50% con cargo para el beneficiario y 50% a cargo de la ASEGURADORA.

## **CENTROS ASISTENCIALES EN ASUNCIÓN**

Cobertura para consultas e internaciones, estudios laboratoriales y radiológicos, urgencias y de emergencias, 24 horas, en Asunción. El Contratista deberá habilitar como mínimo 7 (siete) centros asistenciales en Asunción, de los cuales, como mínimo 4 (cuatro) deben ser del Nivel 3 y 3 (tres) del Nivel 2 según la categorización de la Superintendencia de Salud (uno de los Sanatorios nivel 3 de la Capital debe contar con los Equipos de tomógrafo y resonancia magnética las 24 horas, con certificación de equipo en funcionamiento comprobada a través de su ficha técnica).

De no contarse con el Centro Especializado (UTI), la Prestadora se hará cargo del traslado del paciente hasta la Unidad de Terapia más próxima habilitada por la ASEGURADORA y dará una cobertura del 100% conforme al apartado de terapia Intensiva del presente contrato. Si estos Centros cuentan con servicios de fisioterapia y rehabilitación deberán estar habilitados para la prestación del servicio respectivo a los Asegurados.

En el caso que no existan camas para internación disponibles en los centros habilitados LA ASEGURADORA deberá habilitar el traslado del paciente (titular) a otro centro asistencial del mismo nivel con cargo a LA ASEGURADORA.

Además deberá contar con dos centros especializados en pediatría y un Centro o Sanatorio especializado en Traumatología para consultas, cirugías, estudios, tratamientos, urgencias que debe contar con quirófanos, arco en C y servicio de internación.

## **EN GRAN ASUNCIÓN E INTERIOR DEL PAÍS**

Cobertura para consultas e internaciones, estudios laboratoriales y radiológicos, urgencias y de emergencias, 24 horas, en las ciudades circunvecinas de la capital y principales ciudades departamentales de distintos departamentos. De no contarse con el Centro Especializado (UTI), la Prestadora se hará cargo del traslado del paciente hasta la Unidad de Terapia más próxima habilitada por la ASEGURADORA.

En el caso que no existan camas para internación disponibles en los centros habilitados LA ASEGURADORA deberá habilitar el traslado del paciente a otro centro asistencial del mismo nivel con cargo a LA ASEGURADORA.

## **SEGURO DE VIAJERO Para titulares y por razones laborales a pedido de la Institución:**

Cobertura para consultas e internaciones, estudios laboratoriales y radiológicos, para casos de urgencias, durante viajes al exterior, por razones laborales, a pedido de la institución del titular (hasta US\$ 60.000). Incluye cobertura COVID.

## **OTRAS CONSIDERACIONES**

Debe contar con un mínimo de 5 centros de fisioterapia y rehabilitación en todo momento en Asunción y por lo menos 3 en las principales ciudades de Gran Asunción, en caso que existan cambios deben ser reemplazados por otros y ser comunicados por escrito a la CONTRATANTE con 48hs. de anticipación.

Deberá contar con dos centros especializados en pediatría, uno de ellos con terapia intensiva habilitada, y un Centro o Sanatorio especializado en Traumatología para consultas, cirugías, estudios, tratamientos, urgencias que debe contar con quirófanos, arco en C y servicio de internación.

Si un beneficiario se encuentra en una situación que signifique compromiso inmediato y severo de sus signos vitales, podrá buscar auxilio en cualquier otro Centro Médico más cercano. Estos casos comprenden los derivados de accidentes de tránsito, primeros auxilios, partos y otros imprevistos. Ocurrido el episodio se comunicará dentro de las primeras 24 (veinticuatro) horas, salvo excepcionales, para que la Prestadora se haga cargo del paciente, indicando su traslado o continuidad en dicho centro, conforme a las indicaciones del profesional tratante. Deberá incluir los servicios de ambulancias requeridos según el caso.

La ASEGURADORA brindará servicios de ambulancia a través de por lo menos dos empresas (cuyo parámetro será el estar por lo menos 3 años prestando servicios dentro del mercado) para los traslados dispuestos por médicos tratantes o

visitante, dentro de la capital y ciudades circunvecinas, así mismo estos servicios deberán contar con Unidades Móviles de Unidad Coronaria. Este servicio estará siempre cubierto, independientemente del saldo de cobertura que tenga el paciente de cualquier tipo.

Asimismo, cuando un funcionario titular se encuentre vinculado, en cualquier carácter, a otro contrato (ya sea esta con otras instituciones públicas, privadas o en forma particular) una vez llegado al límite de su cobertura con este contrato les serán sumadas las coberturas del otro que tenga en vigencia siempre que sea el mismo CONTRATISTA.

El Proveedor de servicios deberá publicar en su página web y remitir vía correo electrónico el listado completo de los médicos habilitados para el presente contrato con sus respectivas direcciones y números telefónicos por especialidad, incluyendo las coberturas, el listado de sanatorios habilitados, centros de diagnósticos, de rehabilitación, laboratorios de análisis clínicos (deberá especificar los estudios que se realizan en los centros propuestos de acuerdo a los servicios con cobertura) y servicios sanatoriales para capital y principales ciudades del interior del país (para consultas, urgencias, cirugías, internaciones, y otros servicios), así como las farmacias y ópticas habilitadas para los descuentos acordados por este contrato.

La utilización de los equipos e instrumentales empleados en las especialidades médicas del presente Contrato, tendrán cobertura total, por lo que no podrá requerirse ningún cobro en concepto de derechos o aranceles. Incluye equipos proveídos por el médico sean descartables o no, honorarios, ayudantes, etc.

### **COBERTURA COVID -19**

La cobertura se aplicará por año.

Titulares:

- Medicamentos y descartables global hasta ₡ 10.000.000 en sala o UTI
- Pensión Sanatorial total 10 días sea en Sala o UTI
- Honorarios médicos: hasta 10 días
- Estudios laboratoriales, de imágenes y diagnósticos.
- Toma de muestras 24 horas, todos los días de la semana de:
  - Hisopado PCR SARSCOV2
  - Serología IGG SARSCOV 2
  - Serología IGM SARSCOV 2
  - Test rápido por antígeno

Durante este tiempo de internación no se requerirá garantía o aval alguno, ya sea personal o en efectivo al titular.

### **MEDICOS CONSULTORES Y/ O INTERCONSULTAS**

Con especialistas a pedido del paciente, o del médico tratante hasta 5 (cinco) consultas por evento, para el caso de médicos que no pertenezcan al plantel con un límite de hasta Gs. 500.000.- (guaraníes quinientos mil) en honorario de cada profesional convocado a cargo de la Aseguradora y cualquier diferencia será a cargo del asegurado, que será por el sistema de reintegro en un plazo no mayor a 48 horas desde el momento de la presentación de la solicitud por parte del asegurado; y para médicos del plantel sin límite de consultas y sin costo para el beneficiario, en las internaciones, urgencias, terapia intensiva o terapia intermedia, que deberán ser de nacionalidad paraguaya o extranjero radicado en el país y los honorarios a cargo de la ASEGURADORA.

### **MEDICINA DE ALTA COMPLEJIDAD**

El criterio a ser empleado en este ítem es el de lograr una cobertura del 60% a cargo de LA ASEGURADORA (para la determinación de porcentajes se tendrá en cuenta los valores de mercado) según los Aranceles de Medicina Pre-paga publicado por la SOPACI, en concepto de honorarios médicos por tratamientos y/o procedimientos y una cobertura de 100% en estudios, análisis e internaciones.

Prótesis de cualquier tipo, que no se encuentren incluidos en el contrato, así como marcapasos que deberá utilizar el paciente, quedan a cargo del asegurado y podrán ser proveídos por el mismo. Los derechos operatorios deberán estar cubiertos 100% a cargo de LA ASEGURADORA.

Los medicamentos, materiales descartables y desechables (incluyendo además termómetros, guantes de goma, algodón, tapabocas o cualquier otro requerimiento por cuestiones de protocolo sanitario) utilizados para este tipo de evento serán cubiertos hasta la suma de G. 8.000.000 (guaraníes ocho millones) por evento. Deberán estar cubiertos todos los medios auxiliares de diagnóstico, incluidos servicios laboratoriales.



- Quemaduras que superen el 30% de la superficie corporal. (Los pacientes deberán ser derivados al Instituto del Quemado).
- Cirugía cardiovascular en general, congénitas o adquiridas, incluye hemodinamia intervencionista.
- Cirugía Neurológica S.N.C. (Cerebro y periférico incluyendo columna)
- Angioplastiatransluminal coronaria
- Angioplastias en general no incluye stent, balón ni accesorios
- Colocación de marcapasos no incluye marcapasos ni parte de este
- Litotripsiaextracorpórea
- Laserterapia en general
- Litotripsia ultrasónica
- Cirugía Vascular Periférica
- Cirugía de Cabeza y Cuello
- Cirugía Torácica
- Artroplastia

Este listado no es limitativo y deben ser considerados todos los eventos.

Deben ser considerados todos los eventos que sean determinados como de alta complejidad por el médico tratante.

La utilización de los equipos e instrumentales empleados en las especialidades médicas del presente Contrato, tendrán cobertura total, dentro de los montos estipulados para medicamentos, materiales descartables y desechables por lo que no podrá requerirse ningún cobro en concepto de derechos o aranceles. Incluye equipos proveídos por el médico sean descartables o no, honorarios, ayudantes, etc.

### **MEDICINA POR IMÁGENES**

Este ítem comprende todos los métodos auxiliares de diagnóstico que se efectúan mediante el registro impreso o fotográfico de imágenes efectuado en consultorios o centros especializados dentro del país, con cobertura de gastos en forma integral en concepto de honorarios profesionales, materiales descartables y/o desechables, sustancias de contraste de todo tipo, utilización de equipos, videos, cualquier otro medio auxiliar requerido por el profesional médico, salas para internación o recuperación a cargo de la empresa prestadora de servicios.

Debe contar con un mínimo de 5 centros de diagnóstico general; por lo menos 2 de ellos con experiencia de más de 10 años y 5 centros especializados en diferentes áreas en todo momento, con Certificado de Registro y Habilitación, otorgado por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, en caso que existan cambios deben ser reemplazados por otros y ser comunicados por escrito a la CONTRATANTE con 48hs. de anticipación. Los 10 centros de imágenes para diagnósticos (mínimo de 5 centros de diagnóstico general y 5 centros especializados en diferentes áreas), deben estar habilitados en todo momento y contarán mínimamente con aparatos de rayos X, ecógrafo, tomógrafo digital, electrocardiógrafo, ecocardiografo, equipos de endoscopia, laparoscopia, artroscopia, medicina nuclear, resonancia magnética, cobaltoterapia, y otros aparatos utilizados como medios auxiliares. Asimismo, deberá presentar el listado de otros centros tercerizados de diagnósticos especializados en estudios oftalmológicos, odontológicos, neurológicos, audiológicos, ginecológicos, neurofisiológicos, cardiológicos y otras especialidades conforme al listado de profesionales con servicios con cobertura, en caso que existan cambios deben ser reemplazados por otros y ser comunicados por escrito a la CONTRATANTE dentro de las 48hs posteriores.

La ASEGURADORA deberá especificar en cuales centros se realizan los siguientes estudios: Electroencefalografía, Estudios de Resonancia Magnética Nuclear, Tomografías Axial Computarizada Multislice, Centellografías, PET SCAN, etc. conforme al listado de servicios con cobertura.

### **LABORATORIOS DE ANALISIS CLINICOS**

Este servicio debe cubrir a los pacientes a domicilio o que concurren al laboratorio forma programada o en casos de urgencias las 24:00 horas del día, todos los días de la semana. Debe tener cobertura integral en concepto de honorarios profesionales, materiales descartables y/o desechables y las determinaciones químicas y microbiológicas.

La ASEGURADORA deberá garantizar, en todo momento (24 horas, todos los días a la semana) la cobertura de los centros laborales de todos los sanatorios ofrecidos y 5 (cinco) centros laborales tercerizados reconocidos por su solvencia y calidad técnica, con más de 10 años de experiencia, de los cuales por lo menos dos (2) deberán tener certificación de calidad ISO o similar, con Certificado de Registro y Habilitación, otorgado por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, (en Asunción y Gran Asunción). Así también 1 (uno) de los laboratorios deberá proveer servicio de toma de muestras a domicilio, a elección del asegurado las 24 horas, todos los días de la semana, las muestras para dichas determinaciones serán retiradas del domicilio, siendo dicho servicio a cargo de la ASEGURADORA y 1 (uno) con atención 24 horas, de lunes a domingo, para servicio de urgencias y ambulatorios en asunción. En caso que existan cambios en los laboratorios ofertados, los mismos deben ser comunicados por escrito a la CONTRATANTE dentro de las 48 hs de surgida la modificación e inmediatamente ser reemplazados por otro de iguales prestaciones y calidad. En ningún caso se exigirá



pago de recargo por servicios los días sábados, domingos o feriados.

Se contará con cobertura total para estudios laboratoriales, en sanatorios/laboratorios en las ciudades circunvecinas de la capital y principales ciudades departamentales de distintos departamentos.

#### **ASISTENCIA DOMICILIARIA DE EMERGENCIAS**

A cargo de una unidad móvil (ambulancia equipada para urgencias de todo tipo, personal médico y paramédico, medicamentos y materiales descartables y/o desechables), sin costo para el paciente. Este servicio debe efectuarse durante las 24:00 horas del día durante todo el año.

#### **SERVICIOS SIN COBERTURAS**

Son los que habitualmente no son cubiertos en los contratos de medicina pre-paga. No obstante la tendencia será el logro de aranceles con descuentos.

Se detallan a continuación:

Los casos congénitos que no estén previstos en este contrato.

Atención, internación y alimentación de los beneficiarios y su grupo familiar en caso de intento de autoeliminación y sus secuelas, ya sean físicas o mentales.

Cirugía con fines estéticos (no reparadora).

Malformaciones congénitas en adultos (salvo cardiocirugía).

Tratamiento médico-quirúrgico con fines de esterilidad y/o fertilización.

Enfermos mentales ya sean depresivos o excitados.

Alcohólicos agudos y crónicos, (siempre que sea una patología diagnosticada, accidentes para conductores que den alcotest positivo no tendrá cobertura, salvo el caso de pasajeros que sean titulares que si tendrán cobertura total), drogadicción o cualquier entidad mórbida sufrida estando el abonado bajo los efectos de los mencionados.

Sangre, plasma y derivados.

Formolizaciones.

Acupunturas, homeopatía.

Lipoaspiración,

Diagnóstico neurofisiológico de la impotencia sexual masculina y técnica de fertilización asistida.

Lesiones causadas por investigaciones en etapas experimentales, no reconocidas por instituciones oficiales o científicas.

SIDA y sus consecuencias

Tratamientos con fines estéticos.

Gastos de acompañante, comunicaciones telefónicas.

Internaciones y honorarios médicos por curas de adelgazamiento de rejuvenecimiento, de reposo, de sueño.

Cámara hiperbárica.

Internaciones electivas o para cuidados de enfermería, enfermería privada.

Necropsias, toxicomanías, órtesis de cualquier naturaleza y aparatos para sustitución o complemento de función no previstos en este contrato.

Tratamiento y cirugías para la impotencia sexual.

Tratamiento del aborto provocado y sus consecuencias.

Pruebas relacionadas con genética (ej. prueba de paternidad).

Tratamientos originados por lesiones o enfermedades producidas por fenómenos de la naturaleza que sean declarados catástrofe nacional, actos de guerra o riñas.

Tratamientos de esterilidad, fertilidad.

Tratamientos, prácticas o cirugías que se encuentren en estado experimental, Que no sean avalados científicamente, que no se encuentren nombradas por las respectivas sociedades al momento de producirse el evento.

Que se opongan a normas legales vigentes.

Trasplantes, implantes, explantes, injertos, Celuloterapia, digitopuntura o similar, siempre que no estén previstos dentro del contrato en algún apartado especial anterior.

Medicina ortomolecular y Medicinas alternativas en general.

Prótesis de cualquier tipo (quedan a cargo del asegurado y podrán ser proveídos por el mismo) siempre que no estén previstos en este contrato.

Los casos preexistentes y crónicos no serán considerados como servicios sin cobertura.

#### **DESCUENTO EN MEDICAMENTOS**

Deben otorgar descuentos de 30% en medicamentos nacionales e importados hasta G. 3.000.000.- (guaraníes tres millones) por cada titular, durante la vigencia de este contrato, (el monto acumulativo del descuento será por los medicamentos adquiridos con receta y se le haya aplicado el descuento), en por lo menos 4 (cuatro) cadenas de farmacias con sucursales en Asunción y Gran Asunción y principales ciudades del interior del país, cuya lista deberán presentar con la oferta y publicada en la página web del proveedor con las respectivas direcciones. No se limitará la cantidad de medicamentos por receta médica.

#### **DESCUENTO EN OPTICAS**

Deben otorgar descuentos de 50 % como mínimo en cristales y armazones en las ópticas cuya lista deberán presentar con la oferta, los descuentos deben ser de hasta Gs. 1.000.000 por cada titular.

#### **ESTUDIOS DE DIAGNOSTICO**

##### **CONSIDERACIONES GENERALES:**

- 1- Todos los estudios deberán ser solicitados por un profesional médico.
- 2- Las órdenes de estudios de diagnóstico y tratamiento deberán contar con los siguientes requisitos: Apellido y Nombre del paciente, estudio solicitado, en relación con la patología investigada, salvo los exámenes de rutina y el chequeo médico anual, fecha de emisión, firma y sello del médico tratante.
- 3- Las visaciones de las órdenes de estudios de diagnóstico, son obligatorias, las cuales se deberán efectuar en la oficina de la ASEGURADORA, vía fax o e-mail.
- 4- Las órdenes de solicitud de estudios auxiliares de diagnóstico tendrán una validez de 30 (Treinta) días a partir de la fecha de expedición por parte del médico tratante; en caso de no contar con fecha de expedición la misma correrá a partir de la fecha de visación.
- 5- El uso de sala para la realización de cualquier tipo de procedimientos, para la realización de estudios de diagnóstico, tendrá una cobertura del 100%. Incluye uso del equipo necesario, materiales descartables y/o desechables, materiales de contrastes, honorarios de profesionales, y cualquier tipo de requerimiento necesario. Incluye internación en caso de ser necesario con las coberturas establecidas en el ítem INTERNACIONES.
- 6- Los estudios de diagnóstico que no se realicen en los centros habilitados por la Aseguradora deberán tener cobertura de 100% por el sistema de reintegro realizados dentro del territorio nacional, incluyendo ciudades del interior del país sin centros con cobertura habilitados por la aseguradora y el pago o reembolso se realizara en un plazo máximo de 48 horas posterior a la solicitud de reembolso.

#### **ANEXO MEDICINA POR IMÁGENES**

Deberán estar cubiertos en un 100% por la ASEGURADORA todos los estudios de medicina por imágenes con cobertura total (conforme al listado que se detalla más abajo), siempre que provengan de una orden escrita de un profesional médico, sea o no del plantel del seguro, independientemente de la especialidad y con las siguientes indicaciones por cada beneficiario titular.

Todos los estudios deberán incluir honorarios profesionales, contrastes, medicamentos e insumos, materiales descartables, procedimientos, utilización de equipos, videos, salas para internación o recuperación, y cualquier otro medio auxiliar requerido por el profesional médico.

|                |   |
|----------------|---|
| ABDOMEN SIMPLE | INTESTINO DELGADO O TRÁNSITO INTESTINAL |
|----------------|---|

|   |                                      |
|---|--------------------------------------|
| ACUFENOMETRÍA   | LAPAROSCOPIA                         |
| ANGIOFLUORESCINOGRFÍA (OJOS)                          | LARINGOGRAFÍA CONTRASTADA            |
| ANGIOGRAFÍA CARÓTIDA H/8 PLACAS 2 LADOS               | LASER RETINA PERIFÉRICA              |
| ANGIOGRAFÍA CARÓTIDA H/8 PLACAS C-LADO                | LINFOGRAFÍA CADA LADO                |
| ANGIOGRAFÍA DE MIEMBRO 1 LADO H/6 PLACAS              | LINFOGRAFÍA DOS LADOS                |
| ANGIOGRAFÍA DE MIEMBRO 2 LADOS H/6 PLACAS             | LITOTRIPSIA POR NEFROSTOMÍA          |
| ANGIOGRAFÍA DE CUALQUIER MIEMBRO O PARTE DEL CUERPO   | LITOTRIPSIA URETRAL                  |
| ANGIOGRAFÍA DIGITAL 3D                                | LOGOAUDIOMETRÍA                      |
| ANGIOTAC EN GENERAL                                   | MAMA (PIEZA OPERATORIA)              |
| ANGIOTOMOGRAFÍA POR REGIÓN                            | MAMA (REPERAGE PARA BIOPSIA)         |
| ANGIORESONANCIA                                       | MAMOGRAFÍA EN TODOS LOS LADOS        |
| ANGIORESONANCIA DE CUELLO Y CEREBRO                   | MAMOGRAFÍA DIGITAL                   |
| ANGIOFLUORESCINOGRFÍA (AMBOS OJOS)                    | MAMOGRAFÍA BILATERAL                 |
| ANORECTAL / ANOSCOPIA                                 | MAMOGRAFÍA UNILATERAL                |
| ANORECTAL / RECTOSIGMOIDOSCOPIA FLEXIBLE (PROGRAMADA) | MAGNIFICACIÓN CON PRESIÓN LOCALIZADA |
| ANTEBRAZO EN TODAS LAS POSICIONES                     | MANO EN TODAS LAS POSICIONES         |
| AORTOGRAFÍA LUMBAR O ABDOMINAL                        | MAPEO CEREBRAL COMPUTARIZADA         |
| APÉNDICE  | MAPEAMIENTO DE RETINA                |

|   |  |
|---|--|
| ÁRBOL URINARIO SIMPLE                                     | MASTOLOGÍA   |
| ARTERIOGRAFÍA CEREBRAL H/8 PL. 2 LADOS                    | MASTOIDE EN TODAS LAS POSICIONES                                 |
| ARTERIOGRAFÍA CEREBRAL H/8 PL. C-LADO                     | MAXILAR INFERIOR EN TODAS LAS POSICIONES                         |
| ARTERIOGRAFÍA SELECTIVA (ABDOMINAL O TÓRAX)               | MAXILAR INFERIOR C/ORTOPANTOMOGRFÍA                              |
| ARTERIOGRAFÍA SELECTIVA DOS ARTERIAS                      | MIELOGRAFÍA S/ CONTRASTE NI ESPECIALISTA                         |
| ARTERIOGRAFÍA SELECTIVA RENAL 1 LADO                      | MANOMETRÍA Y PHMETRÍA ESOFÁGICA                                  |
| ARTERIOGRAFÍA SELECTIVA RENAL 2 LADOS                     | MIEMBRO SUPERIOR E INFERIOR EN TODAS LAS POSICIONES              |
| ARTICULACIONES EN TODAS LAS POSICIONES                    | MONITOREO FETAL  |
| ARTICULACIONES SACROILIACAS EN TODAS LAS POSICIONES       | MUÑECA EN TODAS LAS POSICIONES                                   |
| ARTICULACIONES TEMPORO-MAXILARES EN TODAS LAS POSICIONES  | MUSLO O FÉMUR EN TODAS LAS POSICIONES                            |
| ARTICULACIONES TIEMPOROMANDIBULAR EN TODAS LAS POSICIONES | NASOFIBROLARINGOSCOPIA   |
| ARTROCENTESIS   | NEUROFISIOLOGÍA / MAPEO CEREBRAL                                 |
| ARTROGRAFÍA POR RESONANCIA                                | OCLUSIÓN VASCULAR RETINIANA                                      |
| ARTROSCOPIA   | OCLUSIÓN DE VENA CENTRAL DE RETINA                               |
| AUTORREFRACCIÓN CON CICLOPEJÍA                            | ODONTOLOGÍA/ CEFALOGAMA C/U                                      |
| BILIGRAFINA O COLONGIOGRAFÍA ENDOVENOSA                   | ODONTOLOGIA / FOTOGRAFIA DIGITAL INTRA Y EXTRA ORALES            |
| BIOPSIAS DE TODO TIPO                                     | ODONTOLOGIA / PANORAMICA DE MAXILARES DIGITAL (ORTOPANTOMOGRFIA) |

|   |  |
|---|--|
| BRAZO EN TODAS LAS POSICIONES           | ODONTOLOGIA / RX. INTRAORAL PERIAPICAL DIGITAL   |
| BRONCOGRAFÍA 2 LADOS                    | ODONTOLOGIA/ DENTAL SERIADA  |
| BRONCOGRAFÍA C/LADOS                    | ODONTOLOGIA/ TELERRADIOGRAFIA O CRANEO P/ORTODONCIA DIGITAL LATERAL O FRONTAL - 1 POSICION |
| CARA EN TODAS LAS POSICIONES            | ODONTOLOGIA/ TELERRADIOGRAFIA O CRANEO P/ORTODONCIA DIGITAL 2 POSICION                     |
| CADERA O PELVIS EN TODAS LAS POSICIONES | ODONTOLOGIA/ TOMOGRAFIA 3D CONE BEAM DE ATM  |
| CAMPIMETRIA COMPUTARIZADA (80%)         | ODONTOLOGIA/ TOMOGRAFIA 3D CONE BEAM DENTAL  |
| CAMPO VISUAL COMPUTARIZADO              | ODONTOLOGIA/RX/PANORAMICA STANDAR DE MAXILARES (ORTOPANTOMOGRFIA)                          |
| CAPTURA HIBRIDA POR SIL DE BAJO GRADO   | PANORAMICA STANDAR (ORTOPANTOMOGRFIA)  |
| CAPSULOTOMÍA                            | PERFIL BIOFISICO FETAL   |
| CAPSULOTOMÍA POSTERIOR                  | PERFIL BIOFISICO FETAL (INC.MONITOREO)   |
| CAVUM EN TODAS LAS POSICIONES           | PLACAS RADIOGRÁFICAS POR POSICIÓN, HASTA DOS POSICIONES                                    |
| CAVUM CONTRASTADO                       | PLACAS RADIOGRÁFICAS POR POSICIÓN, MAS DE DOS POSICIONES                                   |
| CINECORONARIOGRAFIA + VENTRICULOGRAFIA  | ORBITAS C/POSICIÓN   |
| VENTRICULOGAMA ISOTÓPICO                | ORTOPANTOMOGRFÍA DIGITAL   |
| CISTOGRAFÍA                             | OTOMICOCOPIA OTOMISIONES ACÚSTICAS   |
| CLAVÍCULA EN TODAS LAS POSICIONES       | OTOEMISIONES ACÚSTICAS   |

|   |   |
|---|---|
| CODO EN TODAS LAS POSICIONES                      | OCT PARA NERVIO ÓPTICO                          |
| COLANGIOGRAFÍA ENDOVENOSA (BILIGRAFINA)           | CITOLOGÍA VAGINAL, PAP, COLPOSCOPIA, FROTIS     |
| COLANGIOGRAFÍA OPERATORIA                         | PANFOTOCOAGULACIÓN                              |
| COLANGIOGRAFÍA POS-OPERATORIA                     | PAPILOGRAFÍA O VIDEO PAPILOGRAFÍA DIGITAL       |
| COLANGIOPANCREATOGRAPHÍA POR RESONANCIA MAGNÉTICA | PAQUIMETRÍA (CADA OJO)                          |
| COLANGIOPANCREATOGRAPHÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA   | PAQUIMETRÍA DE CÓRNEA AO                        |
| COLANGIOGRAFÍA RETROGRADA CON PAPILOTOMÍA         | PENESCOPIA                                      |
| COLANGIOGRAFÍA RETROGRADA SIMPLE                  | PERIMETRÍA DOBLE FRECUENCIA                     |
| COLANGIOGRAFÍA TRANS-PARIENTOHEPÁTICO             | PERFIL BIOFÍSICO FETAL                          |
| COLECISTOGRAFÍA ORAL                              | PIE EN TODAS LAS POSICIONES                     |
| COLON CONTRASTADO                                 | PIELOGRAFÍA ASCENDENTE                          |
| COLON DOBLE CONTRASTE                             | PIELOGRAFÍA ENDOVENOSA O RIÑÓN CONTRASTE        |
| COLON ENEMA OPACO                                 | PIERNA EN TODAS LAS POSICIONES                  |
| URO POR INGESTIÓN                                 | POLISOMNOGRAFIA C/ TITULACION DE CIPAP O BIPAP  |
| COLONOSCOPIA Y RECTOSIGMOIDOSCOPIA                | POLISOMNOGRAFIA DOMICILIARIA                    |
| COLUMNA CERVICAL EN TODAS LAS POSICIONES          | POLISOMNOGRAFIA EN LABORATORIO DE SUEÑO         |
| COLUMNA DORSAL EN TODAS LAS POSICIONES            | PROC.MENORES Y NEURRADIOLOGICOS/ PUNCION LUMBAR |

|   |   |
|---|---|
| COLUMNA LUMBAR EN TODAS LAS POSICIONES                    | POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS                            |
| COLUMNA DORSO LUMBAR EN TODAS LAS POSICIONES              | POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS CEREBRALES                 |
| COLUMNA DORSOLUMBOSACRA EN TODAS LAS POSICIONES           | POTENCIALES EVOCADOS SOMATOSENSITIVOS                     |
| COLUMBA LUMBOSACRA EN TODAS LAS POSICIONES                | POTENCIALES EVOCADOS VISUALES                             |
| COLUMNA PANORÁMICA (ESPINOGRAFÍA) EN TODAS LAS POSICIONES | PLACA SUPLEMENTARIA                                       |
| CONTROL RADIOLÓGICO EN MANIOBRAS TRAUMATOLÓGICAS          | PLANTIGRAFÍA DIGITAL ESTÁTICA Y DINÁMICA (BAROPODOMETRÍA) |
| COSTILLA EN TODAS LAS POSICIONES                          | PLANTIGRAFÍA COMPUTARIZADA                                |
| COSTILLA PARRILLA COSTAL EN TODAS LAS POSICIONES          | PRUEBAS VESTIBULARES EN GENERAL                           |
| CRÁNEO EN TODAS LAS POSICIONES                            | POSTUROGRAFÍA DINÁMICA COMPUTARIZADA).                    |
| CRÁNEO PARA ORTODONCIA                                    | RECTOSIGMOIDEOSCOPIA                                      |
| CURVA DE PRESIÓN OCULAR                                   | RADIOGRAFÍAS EN TODAS LAS POSICIONES                      |
| DACRIOCISTOGRAFÍA   | RECEPTORES P/ ESTROGÉNO Y PROGESTERONA                    |
| DILATACIÓN (CICLOPEJÍA)                                   | REPOSICIÓN DE OTOCONIAS                                   |
| DEDO (MANOS Y PIES) EN TODAS LAS POSICIONES               | RETINOGRFÍA DIGITAL                                       |
| DEGENERACIÓN PERIFÉRICA                                   | RODILLA EN TODAS LAS POSICIONES                           |
| DENTAL EN TODAS LAS PLACAS                                | RODILLA MAS ROTULA EN TODAS LAS POSICIONES                |
| DENTAL OCLUSAL  | RX DE URGENCIA EN TODAS LAS POSICIONES                    |

|  |   |
|--|---|
| DENTAL SERIADO   | SACO LAGRIMAL   |
| DENSITOMETRÍAS EN GENERAL  | SACO LAGRIMAL (RADIO. COMO ESPECIALISTA)                                      |
| DUCTOGALACTOFORECTOMÍA   | SACRO-COXIS EN TODAS LAS POSICIONES   |
| ECOGRAFÍAS SIMPLES Y CON DOPPLER EN TODOS LOS CAMPOS DE APLICACIÓN | SCOPIA COMO COMPLEMENTO DE EXAMEN C/T.V.                                      |
| ECOGRAFIA PARTES BLANDAS   | SCOPIA ARCO C POR 1 HORA  |
| ECOGRAFÍA ABDOMINAL  | SCOPIA ARCO C POR MÁS DE 1 HORA   |
| ECOGRAFÍA ABDOMINAL COMPLETA                                       | SENOS FACIALES O PARANASALES EN TODAS LAS POSICIONES                          |
| ECOGRAFÍA ABDOMINAL SUPERIOR                                       | SIALOGRAFÍA EN TODOS LOS LADOS  |
| ECOGRAFÍA ABDOMINAL INFERIOR                                       | SOMNOGRAFÍA O ESTUDIO DEL SUEÑO   |
| ECOGRAFÍA DE CADERAS   | SPECT PERFUSIÓN MIOCÁRDICA  |
| ECOGRAFÍA DE MAMAS   | SPECT DE PERFUSION MIOCARDICA CON RE-INYECCION                                |
| ECOGRAFÍA DE MEDICINA INTERNA                                      | SPECT DE PERFUSION MIOCARDICA EN ESFUERZO                                     |
| ECOGRAFÍA DE MIEMBROS  | SPECT DE PERFUSION MIOCARDICA TALIO<br>DIPIRIDAMOL+ERG (INCLUYE MEDICAMENTOS) |
| ECOGRAFÍA DE HOMBROS   | SPECT DE PERFUSION MIOCARDICA Y DIPIRIDAMOL                                   |
| ECOGRAFÍA DE TIROIDES  | TALON EN TODAS LAS POSICIONES   |
| ECOGRAFÍA DE TORAX (PLEURAL)                                       | TALON AMBOS LADOS EN TODAS LAS POSICIONES                                     |
| ECOGRAFÍA DEL BAZO   | TACAR DE TORAX  |
| ECOGRAFÍA GINECOLÓGICA Y OBSTETRICA                                | TEST ALÉRGICOS  |



|   |   |
|---|---|
| ECOGRAFÍA GINECOLÓGICA ABDOMINAL  | TEST DE CONTRASTES Y AEROALERGENOS,<br>PRUEBA P/ CONTRASTES ENDOVENOSOS |
| ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA ABDOMINAL  | TEST DE MARCHA - CAMINATA DE 6 MINUTOS                                  |
| ECOGRAFÍA MARCADORES CROMOSOMICOS   | TIMPANOMETRÍA   |
| ECOGRAFÍA MORFOLOGICA   | TILT TEST   |
| ECOGRAFÍA P/ PUNCIÓN  | TOBILLO EN TODAS LAS POSICIONES   |
| ECOGRAFÍA MORFOLÓGICA ECOGRAFÍA<br>MORFOLÓGICA DEL 3ER, 6º Y 9º MES (VALORES<br>CROMOSÓMICOS) | TOMOGRAFÍAS EN GENERAL.   |
| ECOGRAFÍA HÍGADO-VÍAS BILIARES-VESÍCULA   | TOMOGRAFÍAS AXIAL COMPUTARIZADA EN TODOS<br>LOS CAMPOS DE APLICACIÓN.   |
| ECOGRAFÍA INTRACAVITARIA C/RESIDUO  | TOMOGRAFÍA COMPUTADA CRÁNEO   |
| ECOGRAFÍA INTRA-OPERATORIA  | TOMOGRAFÍA COMPUTADA CRÁNEO + SENOS<br>PARANASALES                      |
| ECOGRAFÍA OFTÁLMICA/OCULAR  | TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE CARA  |
| ECOGRAFÍA PANCEFÁLICA   | TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE SENOS<br>PARANASALES                            |
| ECOGRAFÍA PELVICA   | TOMOGRAFÍA COMPUTADA MIEMBROS<br>SUPERIORES E INFERIORES                |
| ECOGRAFÍA PILORICA  | TOMOGRAFÍA COMPUTADA TÓRAX  |
| ECOGRAFÍA PROSTÁTICA  | TOMOGRAFÍA COMPUTADA ABDOMEN SIMPLE                                     |
| ECOGRAFÍA PROSTÁTICA INTRACAVITARIA   | TOMOGRAFÍA COMPUTADA ABDOMEN INFERIOR                                   |
| ECOGRAFÍA PROSTÁTICA SUPRAPUBICA  | TOMOGRAFÍA COMPUTADA ABDOMEN SUPERIOR                                   |

|  |   |
|--|---|
| ECOGRAFÍA RENAL                              | TOMOGRFÍA COMPUTADA ABDOMEN + PELVIS (UROTAC)   |
| ECOGRAFÍA RENAL + VESICO-PROSTÁTICA          | TOMOGRFÍA COMPUTADA DE CADERAS  |
| ECOGRAFÍA RENAL VÍAS URINARIAS               | TOMOGRFÍA COMPUTADA PELVIS  |
| ECOGRAFIA RENAL Y VESICAL (APARATO URINARIO) | TOMOGRFÍA COMPUTADA COLUMNA CERVICAL  |
| ECOGRAFIA RENAL Y VESICO PROSTÁTICO          | TOMOGRFÍA COMPUTADA COLUMNA DORSAL  |
| ECOGRAFÍA SUPRA RENAL                        | TOMOGRFÍA COMPUTADA COLUMNA LUMBAR  |
| ECOGRAFÍA TESTICULAR                         | TOMOGRFÍA COMPUTADA COLUMNA LUMBOSACRA  |
| ECOGRAFÍA TRASVAGINAL                        | TOMOGRFÍA COMPUTADA DE ÁRBOL URINARIO (URO TAC)   |
| ECOGRAFÍA TRASVAGINAL GINECOLÓGICA           | TOMOGRFÍA COMPUTADA DE MANO   |
| ECOGRAFÍA TRASVAGINAL OBSTÉTRICA             | TOMOGRFÍA COMPUTADA PARA PUNCIÓN  |
| ECOGRAFÍA VESICAL                            | TOMOGRFÍA COMPUTADA PEQUEÑAS PARTES   |
| ECOGRAFÍA URETROVESICAL (VIA VAGINAL)        | TOMOGRFÍA DE LARINGE O RODILLA, TOBILLO   |
| ECOGRAFÍA VESICO-PROSTÁTICO                  | TOMOGRFÍA DE TÓRAX O ABDOMEN  |
| ECOGRAFÍA DE VEJIGA/PROSTATA                 | TOMOGRFÍA DEL NERVIÓ ÓPTICO (AMBOS OJOS)  |
| ECOGRAFÍA VÍAS URINARIAS, RIÑÓN, VEJIGA      | TOMOGRFÍA CORNEAL PENTACAM SCHEIMPFLUG (AMBOS OJOS)                                       |
| ECOGRAFÍA GUIA DE PUNCIÓN                    | TOMOGRFIA COMPUTARIZADA CONE BEAM (MAXILAR SUPERIOR COMPLETO Y MAXILAR INFERIOR COMPLETO) |

|   |  |
|---|--|
| ECOGRAFÍA 3D- TRIDIMENSIONAL EN TODOS LOS CAMPOS DE APLICACIÓN            | TOPOGRAFÍA CORNEAL                       |
| ECOGRAFÍA GINECOLÓGICA 3D   | TOPOGRAFÍA DE CÓRNEA (BILATERAL)         |
| ECOGRAFÍA 4D - CUADRIMENSIONAL EN TODOS LOS CAMPOS DE APLICACIÓN          | TOPOGRAFÍA OPTICA COHERENTE              |
| ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA EN 4D  | TÓRAX EN TODAS LAS POSICIONES            |
| ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA TRIDIMENCIONAL                                       | TÓRAX ABDOMEN EN TODAS LAS POSICIONES    |
| ECOGRAFÍA DE TEJIDOS BLANDOS  | TRÁNSITO INTESTINAL O INTESTINO DELGADO  |
| DENSITOMETRÍA OSEA  | TRANSPARIETO-HEPÁTICA                    |
| PUNCIONES CON CONTROL ECOGRÁFICO  | URETROCISTOGRAFÍA                        |
| PUNCION BAJO PANTALLA   | URETROCISTOGRAFÍA PEDIATRICA             |
| PUNCION BAJO PANTALLA ECOGRAFICA  | UROTAC                                   |
| PUNCION BIOPSIA DE TIROIDES/ BAJO PANTALLA ECOGRAF. (PAAF)                | UROGRAMA DE EXCRECIÓN                    |
| PUNCION DE TIROIDES   | URODINAMIA                               |
| ECOGRAFIA PEDIATRICA  | VESÍCULA SIMPLE                          |
| ECOGRAFIA PEDIATRICA / ABDOMEN INFERIOR / VIAS URINARIAS                  | VOLUMENES PULMONARES (DILUSION DE HELIO) |
| ECOGRAFIA PEDIATRICA/ REFLUJO GASTROESOFAGICO / HIPERTROFIA PILORICA, ETC | ESTUDIOS CARDIOLOGICOS                   |
| ECOGRAFIA PEDIATRICA/ABDOMEN SUPERIOR/ RENAL                              | ECOCARDIOGRAMA EN GENERAL                |
| ECOGRAFIA PEDIATRICA/CADERA   | ECO DOPPLER EN GENERAL                   |

|   |  |
|---|--|
| ECOGRAFIA PEDIATRICA/ECOGRAFIA EN UTI -<br>INCLUYE TRASLADO + ESTUDIO | ECOCAR. C/ DOPPLER BIDIMENSIONAL PRE-NATAL     |
| ECOGRAFIA PEDIATRICA/PARTES BLANDAS                                   | ECOCARDIOGRAMA SIN DOPPLER BIDIMENSIONAL       |
| ECOGRAFIA PEDIATRICA/TRANSFONTANELAR O<br>ECOENCEFALO                 | ECO-STRESS CON DOBUTAMINA                      |
| ECO DOPPLER ARTERIAL MIEMBRO SUP E INF 1<br>LADO                      | ECO-STRESS                                     |
| ECO DOPPLER ARTERIAL MIEMBRO SUP E INF 2<br>LADOS                     | DOPPLER COLOR CAROTIDEO O VERTEBRAL            |
| ECO DOPPLER ARTERIAL Y VENOSO SUP E INF 1<br>LADO                     | DOPPLER COLOR CAROTIDEO Y VERTEBRAL            |
| ECO DOPPLER ARTERIAL Y VENOSO SUP E INF 2<br>LADOS                    | ECO STRESS - ECO ESFUERZO (EJERCICIO)          |
| ECO DOPPLER VENOSO MIEMBRO SUP. E INF. 1<br>LADO                      | ECOCARDIOGRAMA CON DOPPLER COLOR               |
| ECO DOPPLER VENOSO MIEMBRO SUP. E INF 2<br>LADOS                      | ECOCARDIOGRAMA PEDIATRICO CON DOPPLER<br>COLOR |
| ECO DOPPLER CAROTIDAS O VERTEBRALES                                   | ECOCARDIOGRAMA AMBULATORIO                     |
| ECO DOPPLER CAROTIDAS Y VERTEBRALES                                   | ECOCARDIOGRAMA CON EQUIPO PORTATIL             |
| ECO DOPPLER COMPLEMENTO ESTUDIOS                                      | ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFAGICO (ETE)            |
| ECO DOPPLER ABDOMINAL   | ELECTROCARDIOGRAMA                             |
| ECO DOPPLER AORTA ABDOMINAL   | ELECTROCARDIOGRAMA PEDIATRICO                  |
| ECO DOPPLER DE PARTES BLANDAS   | ELECTROCARDIOGRAMA VERIFICADO                  |
| ECO DOPPLER GINECO-TRANSVAGINAL                                       | ERGOMETRIA                                     |

|   |   |
|---|---|
| ECO DOPPLER TRANSVAGINAL                            | HOLTER 24 HORAS                                     |
| ECO DOPPLER HEPATICO                                | MONITOREO AMBULATORIO DE LA PRESION ARTERIAL (MAPA) |
| ECO DOPPLER PELVIANO O GINECOLOGICO                 | CONTROL Y PROGRAMACIÓN DE MARCAPASOS                |
| ECO DOPPLER GINECO-OBSTETRICO                       | <b>ESTUDIOS SALUD FETAL</b>                         |
| ECO DOPPLER FETAL                                   | DOPPLER FETAL                                       |
| ECO DOPPLER RENAL                                   | ECOGRAFIA MORFOLOGICA (MARCADORES CROMOSÓMICOS)     |
| ECO DOPPLER TESTICULAR (INCLUYE CORDON ESPERMATICO) | ECOGRAFIA MORFOLOGICA FETAL                         |
| ECO DOPPLER MAMARIA                                 | MONITOREO FETAL                                     |
| ECO DOPPLER OBSTETRICO                              | PERFIL BIOFISICO FETAL                              |
| ECO DOPPLER TIROIDES                                | ECOGRAFÍA VOLUMÉTRICA 3D - 4D                       |
| ECO DOPPLER VASOS CUELLO                            | <b>GASTROENTEROLOGIA: ESTUDIOS</b>                  |
| ECOENDOSCOPIA                                       | COLONOSCOPIA  |
| ECOENCEFALOGRAMA                                    | ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA                           |
| ECOCARDIOGRAFIA                                     | RECTOSIGMOIDOSCOPIA FLEXIBLE                        |
| ECOCARDIOGRAFIA DE CAROTIDAS                        | GASTROENTEROLOGIA: PROCEDIMIENTOS                   |
| ECOCARDIOGRAFIA FETAL                               | EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN EL TUBO DIGESTIVO   |
| EJERCICIOS ORTÓPTICOS                               | POLIPECTOMIA BAJA                                   |
| ECOBIMETRIA AMBOS OJOS                              | <b>NEUMOLOGIA</b>                                   |

|  |  |
|--|--|
| ELECTROCARDIOGRAMA DE REPOSO                                 | ESPIROMETRIA CON PRUEBA<br>BRONCOLADITADORA (SALBUTAMOL) |
| ELECTROMIOGRAFIA DE 1 MIEMBRO                                | ESPIROMETRIA DIAGNOSTICA                                 |
| ELECTROMIOGRAFIA HASTA 2 MIEMBRO                             | OSCILOMETRIA   |
| ELECTROMIOGRAFIA HASTA 4 MIEMBRO                             | <b>NEUROLOGIA</b>  |
| ELECTRONISTAGMOGRAFÍA  | ELECTROENCEFALOGRAMA                                     |
| ELECTRONISTAGMOGRAFÍA /PRUEBA<br>VESTIBULAR                  | ELECTROENCEFALOGRAMA PROLONGADO                          |
| ERGOMETRÍA (ELECTROCARDIOGRAMA DE<br>ESFUERZO)               | MAPEO CEREBRAL   |
| ERGOMETRÍA (BANDA DESLIZANTE)                                | <b>OFTALMOLOGIA</b>                                      |
| ERGOMETRÍA PEDIÁTRICA  | BIOMETRÍA ÓPTICA   |
| EMBARAZO   | CAMPO VISUAL COMPUTARIZADO (CAMPIMETRÍA)                 |
| ESCANOMETRIA 2 POSICIONES                                    | CURVA DE PRESION INTRAOCULAR (CURVA<br>TONOMETRICA)      |
| ESÓFAGO  | ECOBIMETRIA UNILATERAL                                   |
| ESÓFAGO ESOFAGOGRAMA   | ESTUDIO DE POTENCIAL VISUAL                              |
| ESÓFAGO ESTOMAGO DUODENO (SERIADA<br>ESÓFAGO-GASTRO DUODENO) | EXAMEN ORTOPTICO   |
| ESÓFAGO ESTOMAGO Y DUODENO PEDIATRICO                        | GONIOSCOPIA  |
| ESPIROMETRIAS  | MAPEAMIENTO DE RETINA CON DILATACION DE<br>PUPILA        |
| ESPIROMETRÍA COMPUTARIZADA                                   | MICROSCOPIA ESPECULAR                                    |

|   |   |
|---|---|
| ESTERNÓN EN TODAS LAS POSICIONES          | PAQUIMETRIA   |
| EXAMEN DE RETINA                          | QUERATOMETRIA   |
| EXAMEN ORTÓPTICO                          | TOPOGRAFIA DE CORNEA                                  |
| FISTULOGRAFÍA HASTA 5 PLACAS              | EXAMEN DE RETINA                                      |
| FLEBOGRAFÍA CADA LADO                     | <b>OTORRINOLARINGOLOGIA</b>                           |
| FONDO DE OJO                              | AUDIOMETRIA O AUDIOGRAMA                              |
| GALACTOGRAFÍA BILATERAL PREVIA MAMOGRAFÍA | ENDOSCOPIA NASAL                                      |
| GALACTOGRAFÍA BILATERAL SIN PLACA SIMPLE  | IMPEDANCIOMETRIA                                      |
| CAPTURA HIBRIDA POR SIL DE BAJO GRADO     | LOGOAUDIOMETRIA                                       |
| GALACTOGRAFÍA C/LADO C/PREVIA MAMOGRAFÍA  | TIMPANOMETRIA   |
| GALACTOGRAFÍA SIN PLACA SIMPLE 1 LADO     | <b>PATOLOGIA CERVICAL</b>                             |
| GASTO CARDÍACO                            | COLPOSCOPIA   |
| HISTEROSALPINOGRAFÍA CUANDO VIENE ESPEC.  | PAP DE CUELLO   |
| HISTEROSALPINOGRAFÍA RADIOL. C/ESPEC.     | PAP DE CUELLO MAS COLPOSCOPIA                         |
| HOMBRO EN TODAS LAS POSICIONES            | VULVOSCOPIA - VAGINOSCOPIA. ESTUDIO DE CUPULA VAGINAL |
| HOLTER                                    | UROLOGIA  |
| HOLTER DE PRESION 24 HRS. (MAPA)          | CISTOSCOPIA Y/O URETROSCOPIA                          |
| IMPEDANCIOMETRÍA                          |   |

Todos los estudios de medicina por imágenes citados en el presente listado deberán tener una cobertura total y en todos los casos el estudio es por persona y sin límites.

#### OTROS ESTUDIOS CON COBERTURA

Tomografía Axial Computarizada Multislice en todos los campos de aplicación (hasta cinco por año por titular, a partir del sexto con cobertura del 70%)

|   |  |
|---|--|
| T.C.M.S ANGIOGRAFÍA CORONARIA NO INVASIVA | T.C.M.S DE CARA                              |
| T.C.M.S ANGIOTOMOGRAFIA AORTA ABDOMINAL   | T.C.M.S DE MIEMBROS INFERIOR/SUPERIOR        |
| T.C.M.S ANGIOTOMOGRAFIA DE CUELLO         | T.C.M.S DE OIDOS/MASTOIDES                   |
| T.C.M.S ABDOMEN COMPLETO                  | T.C.M.S DE ORBITAS                           |
| T.C.M.S ABDOMEN COMPLETO Y PELVIS         | T.C.M.S PELVIS                               |
| T.C.M.S ABDOMEN SUPERIOR                  | T.C.M.S PELVIS/CADERA                        |
| T.C.M.S ABDOMEN INFERIOR                  | T.C.M.S SENOS PARANASALES                    |
| TCMS DE ARTICULACION TEMPORO MAXILAR      | T.C.M.S SENOS PARANASALES (CORTES SAGITALES) |
| T.C.M.S COLUMNA CERVICAL                  | T.C.M.S TORAX                                |
| T.C.M.S COLUMNA DORSAL                    | T.C.M.S. ARBOL URINARIO (VIAS URINARIAS)     |
| T.C.M.S COLUMNA LUMBAR                    | T.C.M.S. MAXILARES PARA IMPLANTES DENTARIOS  |
| T.C.M.S DE CRANEO                         | T.C.M.S. SCAN DENTAL PARA IMPLANTES          |

Resonancia magnética nuclear en todos los campos de aplicación, hasta cinco por año por titular)



|   |                                   |
|---|-----------------------------------|
| RMI ANGIORESONANCIA DE CRANEO                         | RMI DE CRANEO CON ANGIORESONANCIA |
| RMI ANTEBRAZO   | RMI DE CRANEO CON ESPECTROSCPIA   |
| RMI A.T.M. (articulación témporo-maxilar)             | RMI DE ENCEFALO                   |
| RMI CON ESPECTROSCOPIA                                | RMI DE HOMBRO                     |
| RMI CUELLO  | RMI DE MEDIASTINO                 |
| RMI DE ABDOMEN  | RMI DE MIEMBROS INFERIORES        |
| RMI DE ABDOMEN SUPERIOR O INFERIOR                    | RMI DE MIEMBROS SUPERIORES        |
| RMI DE BRAZO  | RMI DE MANO                       |
| RMI DE CADERA   | RMI DE MUÑECA                     |
| RMI DE CADERA/ARTICULACIONES SACROILIACAS/PELVIS OSEA | RMI DE MUSLO/FEMUR/PIERNA         |
| RMI CARDIACA  | RMI DE OIDO                       |
| RMI DE CODO   | RMI DE ORBITA                     |
| RMI DE COLUMNA CERVICAL                               | RMI DE PARTES BLANDAS             |
| RMI DE COLUMNA DORSAL                                 | RMI DE PELVIS                     |
| RMI DE COLUMNA LUMBAR                                 | RMI DE PIE                        |
| RMI COLUMNA LUMBO SACRA                               | RMI DE RODILLA                    |
| RMI DE COLUMNA POR SEGMENTO                           | RMI DE TOBILLO                    |
| RMI DE 2 COLUMNAS                                     | RMI DE MAMAS                      |

|                          |                     |
|--------------------------|---------------------|
| RMI DE HIPOFISIS         | RMI PEQUEÑAS PARTES |
| RMI DE CRANEO            | RMI DE TORAX        |
| RMI DE CRANEO - ENCEFALO |                     |

Medicina Nuclear (con descuento de 70%)

Cámara-gamma (perfusión miocárdica con talio, tecnecio, S.P.E.C.T.)

Centellografía, en general, hasta cinco (incluye todos los contrastes y demás elementos requeridos para la realización del estudio)

|                                    |                           |
|------------------------------------|---------------------------|
| Centellografía glándula salivar    | Centellografía ósea       |
| Centellografía sangrado intestinal | Centellografía pulmonar   |
| Centellografía cerebral            | Centellografía renal      |
| Centellografía de tiroides o mapeo | Centellografía testicular |
| Centellografía hepática            |                           |

PET SCAN con descuento del 70% autorizado una vez al año por cada titular.

#### ANEXO ESTUDIOS LABORATORIALES

Deberán estar cubiertos en un 100% por la ASEGURADORA todos los estudios laborales con cobertura total (conforme al listado que se detalla más abajo), siempre que provengan de una orden escrita de un profesional médico, sea o no del plantel del seguro, independientemente de la especialidad y con las siguientes indicaciones por cada beneficiario.

Este servicio debe cubrir a los pacientes a domicilio (pacientes encamados y por indicación médica) o que concurren al laboratorio en forma programada o en casos de urgencias las 24:00 horas del día.

Si el paciente se encuentra imposibilitado a acudir al laboratorio para la extracción de las muestras para las determinaciones las mismas serán retiradas del lugar en que se encuentre el paciente, sin costo, por los laboratorios habilitados por la ASEGURADORA, pudiendo el mismo ser solicitado vía telefónica.

Debe tener cobertura integral del 100% en concepto de honorarios profesionales, materiales descartables, medicamentos, insumos y las determinaciones químicas y microbiológicas, así mismo deberá estar cubiertos el uso de equipos.

|                           |                |
|---------------------------|----------------|
| % DE SATURACIÓN DE HIERRO | HLA B27        |
| ÁCIDO CÍTRICO             | HIDATIDOSIS-AC |

|  |  |
|--|--|
| ÁCIDO FENIL PIRÚVICO   | HIDROXICORTICOSTEROIDES 17                               |
| ÁCIDO FÓLICO   | HIDROXI-INDOL-ACETICO 5 (5HIAA)                          |
| ÁCIDO LÁCTICO  | HIDROXIPROGESTERONA                                      |
| ÁCIDO ÚRICO  | HIDROXIPROGESTERONA 17 (17 OH-PRG), SANGRE               |
| ÁCIDO ÚRICO (O)  | HIDROXIPROGESTORONA NEONATAL                             |
| ÁCIDO VANIL MANDÉLICO (AVM)                                    | HIERRO SÉRICO  |
| ÁCIDO VALPROICO  | HIERRO, CAPACIDAD TOTAL DE UNION DE HIERRO (TIBC), SUERO |
| ACTH   | HISOPADO FARINGEO  |
| ADENOVIRUS ANTICUERPO IGG                                      | HISOPADO NASAL / STAPHYLOCOCCUS METICILINO R (SAMR)      |
| ADENOVIRUS ANTICUERPO IGM                                      | HISOPADO RECTAL, CULTIVO PARA GERMENES COMUNES           |
| ADENOVIRUS ANTIGENO  | HISTOPLASMA SEROLOGIA                                    |
| ADENOVIRUS AG (SEC. NASAL) TEST RÁPIDO MET: INMUNOCROMATOGRFÍA | HISTOPLAMINA   |
| ADDIS. RECUENTO DE   | HIV  |
| AGLUTINACIÓN DE PARTÍCULAS DE LÁTEX PARA:                      | HIV-ac   |
| A. ESCHERICHIA COLI KI   | HIV P24 ACIDIFICADO, SUERO                               |
| A. HEMO-PHILUS INFLUENZAE TIPO B                               | HIV 1 AG + HIV 1-2 AC, LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO (L.C.R.)  |
| A. LEGIONELLA PNEUMOFILA                                       | HLA B27  |

|   |  |
|---|--|
| A. NESSERIA MENINGITIDIS GRUPO A        | HOMA (INDICE DE RESISTENCIA A LA INSULINA (INSULINA + GLUCOSA) )   |
| A. NESSERIA MENINGITIDIS GRUPO B        | HOMOCISTEINA / HOMOCISTINA / CISTINA                               |
| A. NESSERIA MENINGITIDIS GRUPO C        | HONGOS. CULTIVO E IDENTIFICACIÓN                                   |
| A. STROPTOCOCUS PHEUMONIAE              | HONGOS. EXAMEN EN FRESCO   |
| A. STROPTOCOCUS BETA HEMOLITICO GRUPO A | HORMONA DE CRECIMIENTO(HGH)  |
| A. STROPTOCICUS GRUPO B                 | HORMONA FOLÍCULO ESTIMULANTE(FSH)                                  |
| AGLUTINAS ANTI A                        | HORMONA LACTOGENO PLACENTARIA(HP)                                  |
| AGLUTINAS ANTI B                        | HORMONA LUTEINIZANTE (LH)  |
| AIDS-AC                                 | HPV (VIRUS PAPILOMA HUMANO), DETECCION (PCR) Y TIPIFICACION (RFLP) |
| ALBÚMINA                                | H1N1 ANTIGENO (GRIPE PORCINA)                                      |
| ALCOHOL                                 | IDENTIFICACION DE PARASITOS  |
| ALDOLASA                                | IGA  |
| ALDOSTERONA                             | IGD  |
| ALERGIA-TESTS: VER RAST                 | IGE  |
| ALFA 1 ANTITRIPSINA                     | IGE ESPECIFICO AMPICILLIN C203, SANGRE                             |
| ALFAFETOPROTEINA (AFP)                  | IGE ESPECIFICO PANEL PARA 2 ALERGENOS O PANELES                    |
| A/G                                     | IGE ESPECIFICO PANEL PARA 4 ALERGENOS                              |
| AMILASA                                 | IGE ESPECIFICO PARA AMOXICILINA                                    |

|  |  |
|--|--|
| AMILASA ALFA AMILASA - AMILASEMIA            | IGE ESPECIFICO PARA 1 ALERGENO                       |
| AMILASA (O) ALFA AMILASA (O) - AMILASURIA    | IGE ESPECIFICO, PENICILINA G/C1, SANGRE              |
| ALFA AMILASA                                 | IGE ESPECIFICO TOTAL                                 |
| ALFA AMILASA (O)                             | IGG  |
| AMONIO                                       | IGM  |
| ANA  | INCLUSIONES CITOMEGALICAS                            |
| ANA IGA                                      | INDICES DE RIESGOS                                   |
| ANA IGG                                      | INDICES HEMATRIMÉTRICOS                              |
| ANA IGM                                      | INDICE DE TIROXINA LIBRE                             |
| ANALISIS LABORATORIALES/CRISIS SANGUINEA     | INFLUENZA A ANTICUERPOS IGG, SANGRE                  |
| ANCA C PR3 (ANCA C)                          | INFLUENZA A ANTICUERPOS IGM, SANGRE                  |
| ANCA P MPO (ANCA P)                          | INFLUENZA A, ANTIGENO, VARIOS MATERIALES (X MUESTRA) |
| ANDROGENOS                                   | INFLUENZA A, HISOPADO (ANTIGENO)                     |
| ANDROSTENEDIONA                              | INFLUENZA A+B HISOPADO ANTIGENO                      |
| ANFETAMINA                                   | INFLUENZA B ANTICUERPOS IGG, SANGRE                  |
| ANFETAMINA CUALITATIVO                       | INFLUENZA B ANTICUERPOS IGM, SANGRE                  |
| ANTICUERPO (AC) ANTI HELICOBACTER PYLORI IGA | INFLUENZA B, ANTIGENO, VARIOS MATERIALES (X MUESTRA) |
| ANTICOAGULANTE LUPICO                        | INFLUENZA B, HISOPADO ( ANTIGENO)                    |

|  |   |
|--|---|
| ANTIBIOGRAMAS PARA GÉRMENES AERÓBICOS      | INMUNOFIJACION, SUERO                         |
| ANTIBIOGRAMAS PARA GÉRMENES ANAERÓBICOS    | INMUNOFIJACION, ORINA 24 H                    |
| AC. ANTI CARDIOLIPINA IGG                  | INMUNOGLOBULINA A (IGA), SUERO                |
| AC. ANTI CARDIOLIPINA IGM                  | INMUNOGLOBULINA E (IGE), SUERO                |
| AC. ANTI NDNA                              | INMUNOGLOBULINA G (IGG), SUERO                |
| AC. ANTI MICROSOMALES (ATPO)               | INMUNOGLOBULINA M (IGM), SUERO                |
| AC. ANTI MITOCONDRIALES                    | INMUNOMARCACION P53                           |
| AC. ANTI MUSCULO LISO(ASMA)                | INMUNORECEPTORES HORMONALES                   |
| AC. ANTI NUCLEARES (ANA)                   | INMUNOELECTROFORESIS                          |
| AC. ANTI TIRONGLUBINAS                     | INMUNOGLOBINAS                                |
| AC. ANTI TIROIDES                          | INMUNOHISTOQUIMICA C-ERB2-NEVU                |
| AC. ANTI-TOXOPLASMA IGG                    | INMUNOHISTOQUÍMICA (IHQ)                      |
| AC. ANTI TRIPANOSOMA IGG                   | INMUNOFLUORESCENCIA                           |
| AC. ANTI TRIPANOSOMA IGM                   | INMUNOTIPAJE                                  |
| AC. ANTI-VIRUS SINCICIAL RESPIRATORIO(VSR) | INMUNOTIPAJE POR ELECTROFORESIS CAPILAR       |
| AC. HETEROFILOS                            | INR (RAZON NORMALIZADA INTERNACIONAL), PLASMA |
| A.F.P.                                     | INTERLEUCINA - 6 (IL-6)                       |

|   |   |
|---|---|
| ANÁLISIS PARA DETECCIÓN DE AVITAMINOSIS, HIPERVITAMINOSIS, O CONTROL                            | INSULINA  |
| ANTICOAGULANTE LÚPICO   | IRT - TRIPSINA INMUNO REACTIVA NEONATAL SCREENING, SANGRE |
| ANTI-TTG, IGA - IGA TOTAL- ANTI-TTG, IGG-AGA, IGG (PRUEBAS DE LA ENTEROPATÍA SENSIBLE A GLUTEN) | JO 1, ANTICUERPOS, SUERO                                  |
| ANTÍGENO CARCINOEMBRIÓNARIO (CEA)   | KLESBSIELLA PNEUMONIAE                                    |
| ANTIGENO MICROBIANOS: STREPTOCOCCUS GRUPO A, LATEX  | LA (SS-B) ANTICUERPOS, SUERO (ANTI LA)                    |
| ANTIGENO MICROBIANOS: STREPTOCOCCUS GRUPO B, LATEX  | LACTOSA   |
| ANTIGENOS MICROBIANOS LATEX, VARIOS MATERIALES  | LAP   |
| ANTÍGENOS FEBRILES  | LARVAS DE VERMES  |
| ANTIGENOS NUCLEARES EXTRAIBLES, SANGRE /ENA   | LATEX PARA CRIPTOCOCCUS                                   |
| ANTITROMBINA III (AT III), SUERO  | LATEX PARA CRYPTOCOCCUS ANTIGENO                          |
| ANTÍGENO PROSTÁTICO ESPECÍFICO(PAS)   | LATEX PARA STREPTOCOCCUS GRUPO A                          |
| ANTIFOSFOLIPIDOS IGG ANTICUERPO   | LATEX PARA STREPTOCOCCUS GRUPO B                          |
| ANTIFOSFOLIPIDOS IGM ANTICUERPO   | LATEX X 1, MATERIALES BIOLÓGICOS                          |
| ANTICUERPO (AC) ANTI CENTROMERO   | LATEX EN LCR  |
| ANTICUERPO (AC) ANTI ENDOMISIO IGA  | LATEX EN ORINA  |
| ANTICUERPO (AC) ANTI ENDOMISIO IGG  | ESCHERICHIA COLI K 1                                      |

|  |   |
|--|---|
| ANTICUERPO (AC) ANTI ENDOMISIO IGM           | L. HAEMOPHILUS INFLUENZAE TIPO B              |
| ANTICUERPO (AC) ANTI GLIADINA IGA            | L. NEUSSERIA MENINGITIDIS GRUPO A             |
| ANTICUERPO (AC) ANTI GLIADINA IGG            | L. NEISSERIAMENINGITIDIS GRUPO B              |
| ANTICUERPO (AC) ANTI HELICOBACTER PYLORI IGG | L. NEISSERIAMENINGITIDIS GRUPO C              |
| ANTICUERPO (AC) ANTI RNP ENA                 | L. STRPTOCOCCUS PNEUMONIAS                    |
| ANTICUERPO (AC) ANTI SCL -70                 | L. STREPTOCOCCUS BETA HEMOLITICOS GRUPO       |
| ANTICUERPO (AC) ANTI SS - A (RO)             | L. STREPTOCOCCUS GRUPO B                      |
| ANTICUERPO (AC) ANTI SS B (LA)               | LAVADO BRONCO ALVEOLAR - CULTIVO Y ATB.       |
| ANTICUERPO (AC) ANTI CCP                     | LAVADO GÁSTRICO                               |
| ANTICUERPO ANTIDENGUE IGM E IGG              | LCR. CITOQUÍMICO                              |
| ANTICUERPOS ANTI-TIROIDES                    | LCR. CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA                   |
| ANTI SM                                      | LDH   |
| ANTIL/LA ANTICUERPOS SUERO                   | LDL-COLESTEROL                                |
| ANTIC ANTI DNA                               | LE  |
| ANTIC ANTI HIV (INCL. AC/AG/P24)             | LECITINA EN LÍQUIDO AMNIOTICO                 |
| ANTIC ANTI MUSCULO LISO                      | LEGIONELLA PHEUMIPHILA.LATEX                  |
| ANTIC ANTI TOXOPLASMA IGG                    | LEGIONELLA PNEUMOPHILA IGG ANTICUERPOS, SUERO |
| ANTIC ANTI TOXOPLASMA IGM                    | LEGIONELLA PNEUMOPHILA IGM ANTICUERPOS, SUERO |



|                                 |   |
|---------------------------------|---|
| ANTITROMBINA III (AT III)       | LEISHMANÍA ANTICUERPO IGG                 |
| APOLIPOPROTEINA A               | LEISHMANÍA ANTICUERPO IGM                 |
| APOLIPOPROTEINA B               | LESIÓN GENITAL. COLORACIÓN DE GRAM        |
| ARTRITEST                       | LESIÓN GENITAL. COLORACIÓN DE FONTANA     |
| ASPECTO DEL SUERO               | LESIÓN GENITAL. ESTUDIO MICROBIOLÓGICO    |
| ASPERGILUS                      | LESIÓN GENITAL. CAMPO OSCURO              |
| ASTO                            | LESIÓN EN LA PIEL. CULTIVO PARA HONGOS    |
| AUTOVACUNAS                     | LESIÓN DE UÑAS. CULTIVO PARA HONGOS       |
| AZUCARES REDUCTORES             | LH  |
| BAAR                            | LINFA CUTÁNEA.                            |
| BACOVA                          | LINFA CUTÁNEA. COLORACIÓN DE ZIEHL        |
| BARBITÚRICOS                    | LIPASA                                    |
| BENCE-JONES                     | LÍPIDOS TOTALES                           |
| BENEDICT, REACCIÓN DE           | LIPIDOGRAMA/PERFIL LIPIDICO,SANGRE        |
| BENZODIAZEPINA                  | LIQUIDOS BIOLOGICOS, CITOLOGIA            |
| BENZODIAZEPINA CUANTITATIVO     | LIQUIDOS BIOLOGICOS, CITOQUIMICO          |
| BETA 2 MICROGLOBULINA EN SANGRE | LIQUIDOS BIOLOGICOS, CULTIVO              |
| BETA CROSS LAPS                 | LIQUIDOS BIOLOGICOS, CULTIVO AUTOMATIZADO |
| BETA 2 MICROGLOBULINA           | LIQUIDOS BIOLOGICOS, CULTIVO PARA BAAR    |

|  |  |
|--|--|
| BNP (PEPTIDO NATRIURETICO TIPO B)                            | LIQUIDOS BIOLOGICOS, FROTIS                |
| BICARBONATO  | LIQUIDOS BIOLOGICOS, HONGOS                |
| BILIRRUBINA TOTAL, DIRECTA E INDIRECTA                       | LIQUIDOS BIOLOGICOS, QUIMICO               |
| BILIS, CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA                                | LIQUIDO (OTROS) CITOQUIMICO                |
| BIOPERFIL FISIOLÓGICO SACAR                                  | LÍQUIDO AMNIÓTICO. CULTIVO                 |
| BIOPSIAS DE TODO TIPO  | LÍQUIDO AMNIÓTICO. FOSFADITIL-GLICEROL     |
| BIOQUÍMICA DE PLASMA SEMINAL                                 | LIQUIDO ARTICULAR. CITOQUÍMICO             |
| BORRELIA BURGDORFERI IGG ANTICUERPO, SUERO (LYME)            | LIQUIDO ARTICULAR. CRISTALES               |
| BORRELIA BURGDORFERI IGM ANTICUERPO, SUERO (LYME)            | LIQUIDO ARTICULAR. CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA  |
| BUN (NITRÓGENO UREICO EN SANGRE)                             | LÍQUIDO ASCITICO. CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA   |
| BUSQUEDA E IDENTIFICAION DE PARASITOS. DIFERENTES MATERIALES | LÍQUIDO GÁSTRICO-DUODENAL. PARÁSITOS       |
| B2 GLICOPROTEINA IGA ANTICUERPO, SUERO                       | LIQUIDO DUODENAL                           |
| B2 GLICOPROTEINA IGG ANTICUERPO, SUERO                       | LIQUIDO GASTRICO, CULTIVO Y ANTIBRIGRAMA   |
| B2 GLICOPROTEINA IGM ANTICUERPO, SUERO                       | LIQUIDO PERITONEAL. CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA |
| C 3  | LÍQUIDO PLEURAL. CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA    |
| C 4  | LÍQUIDO PLEURAL CITOQUIMICO.               |
| CALCIO   | LISTERIA                                   |

|  |   |
|--|---|
| CA 122                                 | LITIO   |
| CA 125                                 | LKM-1 ANTICUERPOS (RETICULO ENDOPLASMATICO),<br>SUERO |
| CA 15-3                                | MADUREZ FETAL (FOSFATIDIL GLICEROL)                   |
| CA 199                                 | MAGNESIO  |
| CALCIO (O)                             | MAGNESIO (O)  |
| CALCIO IONICO                          | MAGNESIO ERITROCITARIO                                |
| CALCITONINA                            | MAGNESIO EXTRACELULAR                                 |
| CALCULO URINARIO                       | MAGNESIO INTRACELULAR                                 |
| CAMPO OSCURO                           | MARIHUANA   |
| CAMPYLOBACTER                          | MASTOSITOS  |
| CANNABINOIDES                          | META ANFETAMINA                                       |
| CAPACIDAD DE FIJACIÓN DE HIERRO (TIBC) | METANEFRINA, ORINA                                    |
| CALPROTECTINA                          | METAHEMOGLOBINA                                       |
| CARBAMAZEPINA                          | METOTREXATE   |
| CARDIOLIPINA IGA AC IGM AC             | MICOSIS OPORTUNISTAS                                  |
| CARDIOLIPINA IGGG IGM                  | MICOSIS PROFUNDAS                                     |
| CATECOLAMINAS                          | MICOSIS SUBCUTANEAS                                   |
| CEA (ANTIGENO CARCINO EMBRIONERIO)     | MICOSIS SUPERFICIALES                                 |
| CÉLULAS LE                             | MICROALBUMINURIA                                      |

|   |  |
|---|--|
| CETONEMIA   | MICROALBUMINURIA, ORINA 24 H                             |
| CETONURIA   | MICROALBUMINURIA, ORINA ESPONTANEA                       |
| CCP (PEPTIDO CITRULINADO),<br>ANTICUERPOS IGG, SANGRE | MICROSOMALES (TIROPEROXIDASA; TPO)<br>ANTICUERPOS, SUERO |
| CEA (ANTIGENO CARCINO EMBRIONARIO),<br>SANGRE         | MIELOCULTIVO   |
| CELULAS L.E., SANGRE                                  | MIOGLOBINA   |
| CENTROMERO IGG ANTICUERPO, SANGRE                     | MOCO CERVICAL  |
| CETOSTEROIDES 17                                      | MONOTEST   |
| CH 50   | MORFINA  |
| CHAGAS(AC. ANTI TRYPANOSOMA IGG E IGM<br>)            | MUCOPROTEÍNAS  |
| CHIKUNGUNYA IGG                                       | MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS                               |
| CHIKUNGUNYA IGM                                       | MITOCONDRIALES ANTICUERPOS, SUERO                        |
| CHALAMYDIA  | MUSCULO LISO (ASMA), SUERO                               |
| CHLAMYDIA EN SECRECIONES                              | MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS, DETECCION (PCR)              |
| CHLAMYDIA PNEUMONIAE, ANTIGENO.<br>SECRECIONES VARIAS | MYCOPLASMA, EN ORINA                                     |
| CHLAMYDIAS AC IGG                                     | MYCOPLASMA, EN SECRECION VAGINAL                         |
| CHLAMYDIAS AC IGM                                     | MYCOPLASMA HOMINIS, MUESTRAS BIOLOGICAS                  |
| CHLAMYDIAS ORINA                                      | MYCOPLASMA PNEUMONIAE ANTIGENO                           |

|  |   |
|--|---|
| CHLAMYDIAS PNEUMONIAE IGG (SANGRE)                             | MYCOPLASMA PNEUMONIAE IGG ANTICUERPOS ,<br>SANGRE   |
| CHLAMYDIAS PNEUMONIAE IGM (SANGRE)                             | MYCOPLASMA PNEUMONIAE IGM ANTICUERPOS,<br>SUERO     |
| CHLAMYDIAS SECRESION GENITAL                                   | MYCOPLASMA - CULTIVO E IDENTIFICACION               |
| CHLAMYDIA PSITACI IGG ANTICUERPO,<br>SANGRE                    | MYCOPLASMA HOMINIS (SECRECIÓN GENITAL O<br>ESPERMA) |
| CHLAMYDIA PSITACI IGM ANTICUERPO,<br>SANGRE                    | MYCOPLASMA HOMINIS                                  |
| CHLAMYDIA TRACHOMATIS ANTIGENO,<br>SECRECION VARIAS BIOLOGICAS | MYCOPLASMA PNEUMONIAE (SEC.NASAL) (IFD)             |
| CHLAMYDIA TRACHOMATIS IGA<br>ANTICUERPO, SANGRE                | NEISERIAE GONORREA                                  |
| CHLAMYDIA TRACHOMATIS IGG<br>ANTICUERPO, SANGRE                | NEISERIAE MENINGITIDIS.GRUPO A.LATEX                |
| CHLAMYDIA TRACHOMATIS IGM<br>ANTICUERPO, SANGRE                | NEISERIAE MENINGITIDIS.GRUPO B.LATEX                |
| CITOMEGALOVIRUS-AC-IGG   | NEISERIAE MENINGITIDIS.GRUPO C.LATEX                |
| CITOMEGALOVIRUS-AC-IGM   | N. 5 NUCLEOTIDASA                                   |
| CITOMEGALOVIRUS COL. GIEMSA                                    | NT-PRO BNP (PEPTIDO NATRIURETICO TIPO B),<br>SANGRE |
| CITRATO (O)  | NTX   |
| CK   | OIDO CULTIVO  |
| CK-MB  | OPIACEOS  |
| CK-MM  | ORINA, FÍSICO-QUÍMICO Y DEL SEDIMENTO               |

|  |   |
|--|---|
| CK-TOTAL   | ORINA CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA  |
| CLEARANCE DE CREATININA  | ORINA RUTINA  |
| CLEARANCE DE UREA  | ORINA (INFECCION), CULTIVO / UROCULTIVO   |
| CLORUROS   | ORINA CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA (UROCULTIVO)   |
| CLORUROS (O)   | ORINA ESPONTANEA CHORRO MEDIO,<br>CULTIVO/UROCULTIVO                              |
| CLORUROS L.C.R.  | ORINA, FROTIS   |
| CLOSTRIDIUM DIFFICILE, TOXINA A+B,<br>ANTIGENO, HECES                | ORINA RUTINA  |
| CLOSTRIDIUM DIFFICILE, TOXINA A+B, PCR,<br>HECES                     | ORINA, SEDIMENTO  |
| CMV-AC-IGG   | OXALATO   |
| CMV-AC-IGM   | OXIUROS   |
| COAGULOGRAMA   | OXIURUS VERMICULARIS/TEST DE GRAHAM, HECES  |
| COAGULOGRAMA / CRISIS SANGUINEA<br>/PERFIL DE LA COAGULACION, SANGRE | PANEL BACTERIAL Y VIRAL (PCR)   |
| COAGULOGRAMA COMPLETO  | PANEL CHIKUNGUNYA + DENGUE + ZIKA VIRUS,<br>DETECCION PCR                         |
| COBRE  | PANEL DIARREAS, DETECCION (PCR)   |
| COCAÍNA  | PANEL INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL (ITS),<br>DETECCION PCR                   |
| COCCIDIOIDINA  | PANEL INFECCIONES TROPICALES, (DENGUE + ZIKA<br>VIRUS + CIKUNGUNYA) DETECCION PCR |

|                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| COLESTEROL ESTERIFICADO               | PANEL RESPIRATORIO, DETECCION (PCR)                       |
| COLESTEROL HDL                        | PANEL RESPIRATORIO VIRUS Y BACTERIAS, DETECCION (PCR)     |
| COLESTEROL-LDL                        | PANEL VIRAL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL,LCR, DETECCION (PCR) |
| COLESTEROL TOTAL                      | PANEL VIRUS RESPIRATORIO, DETECCION (PCR)                 |
| COLESTEROL VLDL                       | PAPERAS IGG ANTICUERPOS, SUERO                            |
| COLINESTERASA                         | PAPERAS IGM ANTICUERPOS, SUERO                            |
| COLORACIÓN DE GIEMSA                  | PARAINFLUENZA 1 IGG ANTICUERPOS, SUERO                    |
| COLORACIÓN DE GRAM                    | PARAINFLUENZA 1 IGM ANTICUERPOS, SUERO                    |
| COLORACIÓN DE TINTA CHINA             | PARAINFLUENZA 2 IGG ANTICUERPOS, SUERO                    |
| COLORACIÓN DE ZIEHL - NEELSEN         | PARAINFLUENZA 2 IGM ANTICUERPOS, SUERO                    |
| COMPLEMENTO HEMOLITICO (CH 50)        | PARAINFLUENZA 3 IGG ANTICUERPOS, SUERO                    |
| COOMBS DIRECTO                        | PARAINFLUENZA 3 IGM ANTICUERPOS, SUERO                    |
| COOMBS INDIRECTO                      | PARASITOLOGICO SERIADO ,HECES                             |
| COOMBS INDIRECTO CUANTITATIVO         | PARÁSITOS. INVESTIGACIÓN E IDENTIFICACIÓN                 |
| COPROCULTIVO                          | PARASITOLOGICO SERIADO ,HECES                             |
| COPROFUNCIONAL                        | PARATHORMONA INTACTA, SUERO                               |
| COPROLOGÍA FUNCIONAL - COPROFUNCIONAL | PARVOVIRUS AC IGG   |
| COPROPORFIRINAS                       | PARVOVIRUS AC IGM   |

|  |  |
|--|--|
| CORTISOL   | PARVOVIRUS B 19 IGG. SUERO   |
| CORTISOL AM  | PARVOVIRUS B 19 IGM. SUERO   |
| CORTISOL PM  | PARATHORMONA (PTH)   |
| CORTISOL URINARIO  | PAS - ANTÍGENO PROSTÁTICO ESPECÍFICO - ANTÍGENO PROSTÁTICO ESPECÍFICO TOTAL. |
| COXIELLA BURNETII IGG ANTICUERPOS, SANGRE                        | PAS LIBRE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO LIBRE                               |
| COXIELLA BURNETII IGM ANTICUERPOS, SANGRE                        | PAS TOTAL (ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO) 3ª GENERACION, SUERO              |
| COXSACKIE VIRUS B (GRUPO 1-6) IGG ANTICUERPOS, SANGRE            | PAUL-BUNELL  |
| COXSACKIE VIRUS B (GRUPO 1-6) IGM ANTICUERPOS, SANGRE            | PCR ULTRASENSIBLE  |
| COXSACKIEVIRUS A (GRUPO 1-6) IGM ANTICUERPOS, SANGRE             | PERFIL CELIACO   |
| CRASIS SANGUI, POR HEMATÓLOGO                                    | PO02   |
| CRASIS / DETERMINACIONES PARCIALES (TP - TTPA - INR)             | PO2  |
| CRASIS SANGUINEA COMPLETA (PERFIL DE COAGULACION - COAGULOGRAMA) | PDF  |
| CREATININA   | PCR ULTRASENSIBLE  |
| CREATININA (O)   | PÉPTIDO C  |
| CRIOAGLUTININAS  | PENICILINA CRISTALINA  |
| CRIOGLOBULINAS   | PEPTIDO C,SUERO  |



|   |  |
|---|--|
| CRIPTOCOCUS   | PERFIL CHLAMYDIA + MYCOPLASMA H +<br>UREAPLASMA,DETECCION (PCR)                            |
| CRISTALES-IDENTIFICACIÓN                                | PERFIL FERRICO   |
| CRISTALES INVESTIGACION, LIQUIDOS<br>BIOLOGICOS         | PERFIL PROTEICO  |
| CUERPOS CETÓNICOS                                       | PERFIL RENAL, SANGRE   |
| CULTIVO ANAL( GERMENES COMUNES )                        | PERFIL TIROIDEO  |
| CULTIVO DE ESPUTO (POR MUESTRA)                         | PERFIL HEPATICO - HEPATOGRAMA (GOT - GPT -<br>FOSFATASA ALCALINA - BILIRRUBINA - GAMMA GT) |
| CULTIVO EN AEROBIOSIS                                   | PERFIL LIPIDICO - LIPIDOGRAMA (COLESTEROL TOTAL -<br>HDL - LDL - VLDL - TRIGLICERIDOS)     |
| CULTIVO EN ANAEROBIOSIS                                 | PH   |
| CULTIVO EN LESIONES.VARIOS MATERIALES                   | PH EN HECES  |
| CULTIVO EN THAYER-MARTIN                                | PH EN SECRECION VAGINAL  |
| CULTIVO PARA BAAR                                       | PHENISTIX  |
| CULTIVO PARA GÉRMENES COMUNES                           | PLAQUETAS  |
| CULTIVO PARA HONGOS                                     | PLAQUETAS POR HEMATÓLOGO   |
| CULTIVO PARA LISTERIA                                   | PLASMA SEMINAL   |
| CULTIVO PARA MYCOPLASMA                                 | PLASMA SEMINAL BIOQUIMICA  |
| CULTIVO E IDENTIF.DE BACTERIAS.VARIOS<br>MATERIALES     | PORFEBILINOGENO  |
| CULTIVO E IDENTIFICACION DE<br>HONGOS.VARIOS MATERIALES | POTASIO  |

|  |  |
|--|--|
| CULTIVO EN CATETERES   | POTASIO (O)  |
| CULTIVO GERMEENES COMUNES, VARIOS MATERIALES                       | PPD  |
| CULTIVO, HECES (COPROCULTIVO)                                      | PRE ALBUMINA   |
| CULTIVO, LIQUIDO PERITONEAL  | PREPARACIÓN DE CÉLULAS LE                                    |
| CULTIVO ORINA MICCION MEDIA (UROCULTIVO)                           | PRO-CALCITONINA, SANGRE                                      |
| CULTIVO P/ MYCOPLASMA H + UREAPLASMA U                             | PRODUCTOS DE DEGRADACIÓN DE LA FIBRINA                       |
| CULTIVO PARA BUSQUEDA EVR  | PROGESTERONA   |
| CULTIVO PARA BUSQUEDA KPC  | PROLACTINA   |
| CULTIVO PARA STREPTOCOCCUS DEL GRUPO B                             | PROTEÍNAS C  |
| CULTIVO PARA UREAPLASMA UREALITICO, VARIOS MATERIALES ( X MUESTRA) | PROTEÍNAS S  |
| CULTIVO, URETRAL   | PROTEÍNAS C REACTIVA   |
| CULTIVO,VAGINAL  | PROTEINA C REACTIVA PCR (NO CARDIOESPECIFICA)                |
| CURVA DE TOLERANCIA ORAL A LA GLUCOSA                              | PROTEINA C REACTIVA CUANTITATIVA/PCR, SUERO                  |
| CURVA DE GLUCOSA (03 HORAS)  | PROTEINA C REACTIVA ULTRASENSIBLE / PCR ULTRASENSIBLE, SUERO |
| CURVA DE GLUCOSA (04 HORAS)  | PROTEINA C REACTIVA/PCR, SUERO ( PCR CUALITATIVO)            |
| CURVA DE GLUCOSA (05 HORAS)  | PROTEINA C REACTIVA/PCR, SUERO ( PCR CUALITATIVO) EXENTO     |

|   |  |
|---|--|
| CURVA DE GLUCOSA (EMBARAZO)   | PROTEÍNAS DE BENCE-JONES               |
| DETERMINACIÓN DE CARGA VIRAL  | PROTEINA DEL COMPLEMENTO C3, SUERO     |
| DEHIDROEPITANDROSTENEDIONA(DHEA-S04)  | PROTEINA DEL COMPLEMENTO C4, SUERO     |
| DEHIDROTESTOSTERONA   | PROTEINA S,SANGRE                      |
| DENGUE AG (ANTÍGENO)  | PROTEINAS - PROTEINURIA 24 HS.         |
| DENGUE ANTICUERPO (AC) IGG  | PROTEINAS - RELACION A/G               |
| DENGUE ANTICUERPO (AC) IGM  | PROTEÍNAS ELECTROFORESIS               |
| DENGUE DETECCION TEMPRANA (HMG,VSG,PLAQUETAS,PCR,DENGUE NS1 ANTIGENO), SANGRE | PROTEÍNAS TOTALES                      |
| DENGUE IGG - ELISA  | PROTEÍNAS TOTALES (O)                  |
| DENGUE NS1 ANTIGENO, SUERO  | PROTEINAS TOTALES A/G, SUERO           |
| DENGUE NS1,ANTIGENO CUALITATIVO (INMUNOCROMATOGRAFICO)                        | PROTEINAS TOTALES Y FRACCIONES, SANGRE |
| DENGUE VIRUS (DENV), DETECCION (PCR)  | PROTEINAS TOTALES, ORINA 24 H          |
| DENSIDAD  | PROTEINAS TOTALES, SANGRE              |
| DETERMINACIÓN DE GRUPO SANGUÍNEO/TIPIFICACIÓN                                 | PROTEINOGRAMA                          |
| DIFTERIA, CULTIVO   | PROTEINURIA 24 HS                      |
| DIMERO D  | PROTOMORFINAS                          |
| DIGOXINA  | PROTOZOARIOS                           |

|  |  |
|--|--|
| DNA-AC   | PRUEBA DE CONCENTRACIÓN                          |
| DIÓXIDO DE CARBONO (CO2)   | PRUEBA DE DILUCIÓN                               |
| D-XILOSA   | PRUEBA DE LAZO                                   |
| DGP (ANTI-PEPTIDOS DE GLIADINA DESAMINADO) IGA                     | PRUEBA DE TOLERANCIA ORAL A LA GLUCOSA           |
| DGP (ANTI-PEPTIDOS DE GLIADINA DESAMINADO) IGG                     | PRUEBA DE TOLERANCIA A LA LACTOSA                |
| DGP2 - AC IGA (DEAMIDADOS PEPTIDOS ESPECIFICOS DE GLIADINA), SUERO | PRUEBA DE TZANCK                                 |
| DGP2 - AC IGG (DEAMIDADOS PEPTIDOS ESPECIFICOS DE GLIADINA), SUERO | PRUEBA DE COOMBS DIRECTO                         |
| DHEA-SO4 (DEHIDROEPIANDROSTERONA SULFATO), SANGRE                  | PRUEBA DE GLUCOSA (HEMOGLUCOTEST) EN INTERNACION |
| DIGOXINA CUANTITATIVO, SUERO                                       | PYRILINKS  |
| DIHIDROXIVITAMINA D (VIT-VD3), SANGRE                              | PYRILINKS - D / NTX                              |
| DIMERO - D, SANGRE   | PTH  |
| DOSAJE DE ÁCIDO VALPROICO  | PUS. CULTIVO                                     |
| DOSAJE DE ÁCIDO FENOBARBITAL                                       | PUNTA DE CATÉTER CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA          |
| DOSAJE DE VANCOMICINA  | QUANTIFERON - TB                                 |
| DOSAJES DE CADENAS LIGERAS   | QUIMIOTRIPSINA                                   |
| DOSAJES DE CADENAS LIGERAS, (KAPPA LIBRE+ LAMBDA LIBRE), ORINA     | QUISTES DE PROTOZOOS                             |
| DOSAJES DE CADENAS LIGERAS, (KAPPA LIBRE+ LAMBDA LIBRE), SANGRE    | RASPADO DE LENGUA. CULTIVO PARA HONGOS           |

|   |                                    |
|---|------------------------------------|
| EBV-EA-AC   | RAST 1 DETERMINACION ,SANGRE       |
| EBV-VCA-AC  | RAST PARA HONGOS                   |
| ECHOVIRUS IGG ANTICUERPOS, SANGRE                               | RAST PARA HUEVO                    |
| ECHOVIRUS IGM ANTICUERPOS, SANGRE                               | REACCIÓN DE HUDDLESON              |
| ELECTROFORESIS DE HEMOGLOBINA                                   | REACCIÓN DE WIDAL                  |
| ELECTROFORESIS DE LIPOPROTEÍNAS                                 | RECuento DE ADDIS                  |
| ELECTROFORESIS DE PROTEÍNAS                                     | RECuento DE GLOBULOS BLANCOS       |
| ELECTRÓLITOS  | RECuento DE GLOBULOS ROJOS         |
| ELECTROLITOS - IONOGRAMA (NA + K + CL)                          | RECuento DE HEMATIES               |
| ELECTROLITOS (O)  | RECuento DE PLAQUETAS              |
| ENDOMISIO ANTICUERPOS IGA, SANGRE                               | RECuento DE PLAQUETAS HEMATOLOGICO |
| ENDOMISIO ANTICUERPOS IGG, SANGRE                               | RECuento DE LEUCOCITOS             |
| ENDOMISIO ANTICUERPOS IGM, SANGRE                               | RECuento DE LINFOCITOS CD4         |
| ENZIMAS CARDIACAS (GOT - CK TOTAL - CK MB - LDH)                | RECuento DE RETICULOCITOS          |
| EOSINÓFILOS   | RELACIÓN A/B                       |
| EPSTEIN BAAR VIRUS EBNA IGG<br>ANTICUERPOS VCA (ABC-VCA), SUERO | RELACIÓN CALCIO/CREATININA         |
| EPSTEIN BAAR VIRUS-VCA-IGG<br>ANTICUERPOS, SUERO                | RELACIÓN PAS/PAS LIBRE             |

|   |   |
|---|---|
| EPSTEIN BAAR VIRUS-VCA-IGM<br>ANTICUERPOS, SUERO                            | RETICULOSITOS                                 |
| ERITROSEDIMENTACIÓN   | RETRACCIÓN DEL COÁGULO                        |
| ESCHERICHIA COLI ENTEROPATOGENO   | RETRACCION DEL COAGULO,SANGRE                 |
| ESCHERICHIA COLI KI. LATEX  | RETROCULTIVO AUTOMATIZADO                     |
| ESPERMA, CULTIVO  | RK 39 LEISHMANIASIS KALAAZAR                  |
| ESPERMA, ANTIBIOGRAMA   | RO (SSA) ANTICUERPOS, SUERO (ANTI RO)         |
| ESPERMOGRAMA  | RH  |
| ESPUTO - COLORACION DE ZIEHL  | ROTAVIRUS                                     |
| ESPUTO FROTIS   | RUBEOLA IGG                                   |
| ESPUTO. COLORACIÓN PARA BAAR  | RUBEOLA IGM                                   |
| ESPUTO. CULTIVO PARA BAAR   | SANGRE OCULTA                                 |
| ESPUTO CULTIVO PARA GERMESES<br>COMUNES (ESPUTO, CULTIVO Y<br>ANTIBIOGRAMA) | SANGRE OCULTA O GUAYACO                       |
| ESPUTO. EOSINÓFILOS Y MASTOCITOS  | SANGRE OCULTA, HECES / TEST DE GUAYACO        |
| ESTEATOCRITO  | SARS-COV2 (CORONAVIRUS)                       |
| ESTRADIOL   | TEST DE ANTÍGENO PARA COVID-19                |
| ESTRIOL LIBRE   | TEST PCR                                      |
| ESTROGENOS TOTALES  | SATURACIÓN DE OXÍGENO                         |
| ESTRONA   | SECRECIÓN CONJUNTIVAL. CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA |

|  |  |
|--|--|
| ESTUDIO CAPILAR. INVESTIGACIÓN DE HONGOS                                   | SECRECIÓN ENDOCERVICAL. CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA |
| EXCESO DE BASE   | SECRECIÓN FARÍNGEA. CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA     |
| ESTUDIO METABOLICO DE LITIASIS RENAL (SANGRE Y ORINA)                      | SECRECIÓN GENITAL. CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA      |
| ETANOL CUANTITATIVO, SANGRE  | SECRECIÓN NASAL. CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA        |
| EXAMEN DIRECTO / FRESCO, VARIOS MATERIALES                                 | SECRECIÓN NASAL. EOSINOFILOS Y MASTOSITOS      |
| EXAMEN MICOLOGICO FROTIS: FRESCO Y TINCION, VARIOS MATERIALES              | SECRECIÓN PROSTÁTICA. CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA   |
| EXAMEN MICROBIOLOGICO FROTIS/ FROTIS DE MUCUS FECAL / FMF                  | SECRECIÓN PROSTÁTICA FROTIS                    |
| EXAMEN MICROBIOLOGICO, FROTIS. VARIOS MATERIALES                           | SECRECIÓN PURULENTA. CULTIVO                   |
| EXAMEN MICROBIOLOGICO FROTIS:FRESCO Y TINCION VARIOS MATERIALES BIOLOGICOS | SECRECIÓN TRAQUEAL. CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA     |
| FACTOR REUMATOIDEO   | SECRECIÓN URETRAL. CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA      |
| FACTOR REUMATOIDEO ANTICUERPOS IGA, SANGRE                                 | SECRECIÓN URETRAL FROTIS                       |
| FACTOR REUMATOIDEO ANTICUERPOS IGG, SANGRE                                 | SECRECION VAGINAL UREAPLASMA CULTIVO           |
| FACTOR REUMATOIDEO ANTICUERPOS IGM, SANGRE                                 | SECRESION VAGINAL - CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA     |
| FACTOR REUMATOIDEO (ARTRITEST)   | SECRECION ANAL P/STREPTOCOCCO AGALAC B HEMOL B |
| FACTOR REUMATOIDEO CUANTITATIVO  | SECRECION CULTIVO VARIOS MATERIALES            |

|  |  |
|--|--|
| FACTOR REUMATOIDEO ISOTIPO IGA                         | SECRECION EN MATERIAL BIOLOGICO CULTIVO PARA GERMENES COMUNES            |
| FACTOR REUMATOIDEO ISOTIPO IGG                         | SECRECION FROTIS VARIOS MATERIALES                                       |
| FACTOR REUMATOIDEO ISOTIPO IGM                         | SECRESION VAGINAL - EXAMEN FRESCO Y GRAM                                 |
| FACTOR V LEYDEN, ACTIVIDAD, SANGRE                     | SECRESION VAGINAL FROTIS   |
| FACTOR VIII ACTIVIDAD, SANGRE                          | SECRECION VAGINAL ,FROTIS / EX. MICROBIOLOGICO                           |
| FENILHIDANTOINA  | SECRESION VAGINAL PH   |
| FENIL ALANINA  | SECRESION VULVO VAGINAL - CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA                         |
| FENILALANINA NEONATAL SCREENING, SANGRE                | SECRECIÓN BULBAR. CULTIVO  |
| FENITOINA / DIFENILHIDANTOINA / FENILHIDANTOINA, SUERO | SECRECION VAGINAL FROTIS Y CULTIVO                                       |
| FENO (FRACCION ESPIRATORIA DE OXIDO NITRICO)           | SECRECION VAGINAL P/STREPTOCOCCUS AGALACTIE B HEMOLITICO B               |
| FERRITINA, SANGRE                                      | SECRECIONES EN MATERIAL BIOLOGICO CULTIVO PARA HONGOS                    |
| FIBRINOGENO, SANGRE                                    | SECRECIONES EN MATERIAL BIOLOGICO FROTIS Y CULTIVO PARA GERMENES COMUNES |
| FENOBARBITAL   | SECRECIONES EN MATERIAL BIOLOGICO FROTIS Y CULTIVO PARA HONGOS           |
| FERRITINA  | SECRECIONES EN MATERIAL BIOLOGICOS, EXAMEN MICOLOGICO, FROTIS            |
| FIBRINOGENO  | SECRECIONES EN MATERIAL BIOLOGICOS, EXAMEN MICROBIOLOGICO, FROTIS        |
| FIBRINOLISIS   | SECRECIONES FARINGEA CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA                              |



|   |  |
|---|--|
| FORMULA LEUCOCITARIA                                | SEC.VAGINAL CULTIVO PARA GERMENES          |
| FOSFATASA ACIDA PROSTÁTICA(PAP)                     | SEC.VAGINAL CULTIVO PARA HONGOS            |
| FOSFATASA ACIDA TOTAL                               | SEC.VULVO VAGINAL, EX. MICROBIOLOGICO      |
| FOSFATASA ACIDA TOTAL Y PROSTATICA                  | SEC.VULVO VAGINAL, CULTIVO HONGOS          |
| FOSFATASA ALCALINA                                  | SHBG(GLOBULINATRANSP. HORMONA SEXUAL)      |
| FOSFATIDIL-GILIEROL EN LIQ. AMINIÓTICO              | SIDA-AC                                    |
| FOSFOLIPIDOS  | SÍFILIS                                    |
| FÓSFORO   | SIMIS-HUNNER - TEST                        |
| FÓSFORO (O)   | SHIGELLA. CULTIVO                          |
| FOSFORO, DEPURACION (CLEARANCE), SANGRE Y ORINA     | SM ANTICUERPOS,SANGRE                      |
| FRAGILIDAD OSMÓTICA DE LOS HEMATIES                 | SNRNP-C ANTICUERPO                         |
| FROTIS DE SANGRE PERIFÉRICA (FSP)                   | SO2  |
| FROTIS DE SANGRE PERIFÉRICA HEMATILOGICA            | SODIO                                      |
| FROTIS DE SANGRE PERIFÉRICA + RECUENTO DE PLAQUETAS | SODIO (O)                                  |
| FRUCTOSA  | SOMATOMEDINA - C                           |
| FRUCTOSAMINA  | STAPHYLOCOCCUS AUREUS                      |
| FSH   | STREPTOCOCCUS. CULTIVO                     |
| FTA-ABS EN L.C.R.                                   | STREPTOCOCCUS. BETA HEMOLITICO GR. A.LATEX |

|  |   |
|--|---|
| FTA-ABS-IGG AC                         | STREPTOCOCCUS. GRUPO B.LATEX            |
| FTA-ABS-IGM AC                         | STREPTOCOCCUS. PNEUMONIAE               |
| FTI                                    | STREPTONASA B                           |
| GALACTOSA NEONATAL                     | STREPTOZIMA                             |
| GAMMA GLOBULINAS                       | SUSTANCIAS REDUCTORAS, (BENEDICT) HECES |
| GAMMA GT                               | SWIN - UP                               |
| GARGANTA. CULTIVO                      | TTG                                     |
| GASES ARTERIALES (GASOMETRÍA ARTERIAL) | T3 LIBRE                                |
| GASES VENOSOS (GASOMETRIA VENOSA)      | T3 TOTAL                                |
| GASTRINA                               | T3 UPTAKE                               |
| GC. CULTIVO                            | T4 LIBRE                                |
| GH (HORMONA DE CRECIMIENTO)            | T4 NEONATAL                             |
| GLIADINA IGA-IGG-IGM                   | T4 TOTAL                                |
| GLOBULINA                              | TACROLINEMIA                            |
| GLÓBULOS BLANCOS                       | Test de absorción a la xilosa           |
| GLÓBULOS ROJOS                         | TEST DE ARBORIZACION                    |
| GLUCOHEMOGLOBINA                       | TEST DE O ´SULLIVAN                     |
| GLUCOSA                                | TEST DE TZANCK                          |

|   |   |
|---|---|
| GLUCOSA (O)   | TEST DEL PIECITO (TSH NEONATAL, TRIPSINA INMUNO REACTIVA, FENILALANINA) |
| GLUCOSA 6 FOSFATO DE DESIDROGENASA (G6PD)                             | TEST PARA DENGUE AG   |
| GLUCOSA. CURVA DE TOLERANCIA  | TEST PARA DENGUE CROMATOGRAFICO AG                                      |
| GLUCOSA PRE Y POS PRANDIAL  | TEST PARA DENGUE CROMATOGRAFICO IGG                                     |
| GLUCOSA PRUEBA DE TOLERANCIA ORAL (PTGO) (2 DET.) EMBARAZADAS, SANGRE | TEST PARA DENGUE CROMATOGRAFICO IGM                                     |
| GLUCOSA PRUEBA DE TOLERANCIA ORAL (PTGO) (2 DET.), SANGRE             | TEST PARA DENGUE IGG (MÉTODO ELISA)                                     |
| GLUCOSA PRUEBA DE TOLERANCIA ORAL (PTGO) (3 DET.), SANGRE             | TEST PARA DENGUE IGM (MÉTODO ELISA)                                     |
| GLUCOSA PRUEBA DE TOLERANCIA ORAL (PTGO) (4 DET.) ADULTOS, SANGRE     | TEST DE COOMBS DIRECTO  |
| GLUCOSA, TEST DE O'SULLIVAN (2 DET.), SANGRE                          | TEST DE COOMBS INDIRECTO  |
| GLUCOSA/GLICEMIA/GLUCEMIA, SUERO                                      | TEST DE ESTIMULACIÓN CON ACTH   |
| GLUCOSA/GLUCOSURIA, ORINA ESPONTANEA                                  | TEST DE ESTIMULACIÓN HORMONA DE CRECIMIENTO                             |
| GLUCOSURIA  | T.* CON EJERCICIOS* CON L-DOPA  |
| GANADOTROFINA CORIÓNICA (HCG)   | TEST DE ESTIMULACIÓN CON LH/RH  |
| GONOCOCO (BUSQUEDA), THAYER MARTIN                                    | TEST DE ESTIMULACIÓN CON TRH  |
| GOTA GRUESA   | TEST DE HAM   |
| GOT / AST   | TEST DEL HELICOBACTER PILORY POR METODO DEL ALIENTO                     |

|   |   |
|---|---|
| GOT (ASPARTATO AMINOTRANFERASA),<br>LIQUIDOS BIOLOGICOS | TEST DEL HIDROGENO EXPIRADO P/ INTOLERANCIA A<br>LA LACTOSA         |
| GOT (ASPARTATO AMINOTRANFERASA),<br>SANGRE              | TEST DE SUPRESIÓN CON DEXAMETOSONA                                  |
| GOTA GRUESA, HEMOPARASITOS                              | TEST IN VITRO DE PENETRACIÓN ESPERMÁTICA EN T.<br>MOCO CERVICAL     |
| GPT / ALT   | TEST DE POST-COITAL   |
| GPT (ALANINA AMINOTRANSFERASA),<br>LIQUIDOS BIOLOGICOS  | TEST DE SIMS-HUNER  |
| GPT (ALANINA AMINOTRANSFERASA),<br>SANGRE               | TEST DEL SUDOR  |
| GRAHAM-TEST   | TEST DE HPV   |
| GRAVINDEX   | TEST DE IRT   |
| GRUPO SANGUÍNEO   | TESTOSTERONA LIBRE  |
| GUAYACO   | TIBC (CAPACIDAD DE FIJACIÓN DEL HIERRO)                             |
| HAM-TEST  | TGI/TOMA Y LECTURA DE PAP   |
| HMBURGER-TEST   | TGI/TOMA Y LECTURA DE PAP + COLPOSCOPIA COMO<br>UNICO PROCEDIMIENTO |
| HAMBER  | TIEMPO DE COAGULACIÓN   |
| HAPTOGLOBINA  | TIEMPO DE COAGULACIÓN Y SANGRÍA                                     |
| HBA 1C  | TIEMPO DE PROTROMBINA - TP  |
| HDELTA  | TIEMPO DE SANGRIA   |
| HAV - IGG (ANTIC HEPATITIS A)                           | TIEMPO DE PROTROMBINA Y COAGULACIÓN                                 |

|   |  |
|---|--|
| HAV - IGM (ANTIC HEPATITIS A)                   | TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ACTIVADA (TTPA)     |
| HBC - AC IGG (ANTI CORE)                        | TIMOL  |
| HBC - AC IGM (ANTI CORE)                        | TINE TEST  |
| HBDH  | TZANCK - PRUEBA DE                                   |
| HBE-AC  | TIPIFICACIÓN   |
| HBE-AG  | TIROIDES   |
| HBS-AC  | TIROGLOBULINA  |
| HBS - AG (ANTIGENO DE SUPERFICIE - HEPATITIS B) | TIROGLUBINA  |
| HCG CUANTITATIVO TUMORAL (MARCADOR TUMORAL)     | TIROPEROXIDASA - ANTICUERPO (TIPO - AC)              |
| HCG-SUB-UNIDAD BETA                             | TESTOSTERONA BIODISPONIBLE                           |
| HCG-SUB-UNIDAD BETA CUANTITATIVA                | TESTOSTERONA LIBRE                                   |
| HCV - AC (ANTIC HEPATITIS C)                    | TESTOSTERONA TOTAL,SANGRE                            |
| HDL-COLESTEROL                                  | TOXOPLASMA GONDII IGG ANTICUERPOS (IFI), SUERO       |
| HECES. BENEDICT                                 | TOXOPLASMA GONDII IGG ANTICUERPOS, SUERO             |
| HECES. EXAMEN PARASITOLÓGICO                    | TOXOPLASMA GONDII IGM ANTICUERPOS (IFI), SUERO       |
| HECES. EXAMEN PARASITOLÓGICO SERIADO            | TOXOPLASMA GONDII IGM ANTICUERPOS (U-CAPTURA), SUERO |
| HECES. FLORA MICROBIANA                         | TOXOPLASMOSIS (TEST DE AVIDEZ)                       |
| HECES. FROTIS                                   | TOXOPLASMOSIS-IGG                                    |

|   |  |
|---|--|
| HECES. HONGOS   | TOXOPLASMOSIS-IGM  |
| HECES. MICROSCOPIA FUNCIONAL                                  | TRANSFERRINA   |
| HECES PARASITOLOGICO  | TRANSGLUTAMINASA TISULAR ANTICUERPO IGA                      |
| HECES PARASITOLOGICO FRESCO 1 DIA (V Y P)                     | TRANSGLUTAMINASA TISULAR ANTICUERPO IGG                      |
| HECES PARASITOLOGICO SERIADO/3 DIAS                           | TRICHOMONAS VAGINALIS  |
| HECES PARASITOLOGICO SERIADO/5 DIAS                           | TRIGLICÉRIDOS  |
| HECES SERIADO/3 DÍAS  | TROPONINA I, CUANTITATIVA                                    |
| HEMATOCRITO   | TROPONINA I  |
| HELICOBACTER PYLORI ANTICUERPOS IGA, SANGRE                   | TROPONINA C  |
| HELICOBACTER PYLORI ANTICUERPOS IGG, SANGRE                   | TROPONINA T  |
| HELICOBACTER PYLORI ANTICUERPOS IGM, SANGRE                   | TRYPANOSOMA CRUZI-AC (IGG IGM)                               |
| HEMOCULTIVO EN ANAEROBIOSIS AUTOMATIZADO                      | TSH  |
| DGP (PEPTIDO DEAMINADO DE GLIADINA), ANTICUERPOS IGA, SANGRE. | TSH NEONATAL   |
| DGP (PEPTIDO DEAMINADO DE GLIADINA), ANTICUERPOS IGG, SANGRE  | TSH 3ª GENERACION (HORMONA ESTIMULANTE DE LA TIROIDE), SUERO |
| PRUEBA ZIKA   | TTPA   |
| TEST DEL HIDRÓGENO ESPIRADO                                   | TPO (TIROPEROXIDASA ANTICUERPOS) MICROSOMALES, SUERO         |

|   |   |
|---|---|
| HEMOCULTIVO EN AEROBIOSIS   | TRAB (ANTIC. RECEPTOR DE LA TSH)        |
| HEMOCULTIVO EN ANAEROBIOSIS                                       | ULCERA GENITAL. CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA  |
| HEMOGLOBINA   | UREA                                    |
| HEMOGLOBINA. ELECTROFORESIS                                       | UREAPLASMA UREALYTICUM                  |
| HEMOGLOBINA FETAL   | UREAPLASMA UREPLASMA                    |
| HEMOGLOBINA. GLUCOSILADA (HB A 1C)<br>GLUCOHEMOGLOBINA            | UROBILINA                               |
| HEMOGLOBINA GLICADA-<br>HBA1C/HEMOGLOBINA GLICOSILADA ,<br>SANGRE | UROBILINOGENO                           |
| HEMOGRAMA   | VAN DE KAMER                            |
| HEMOGRAMA CON ERITROSEDIMENTACION                                 | VANDIL - MANDELIC - ACID (AVM)          |
| HEMOGRAMA (PLAQUETAS + VSG) P/<br>HEMATÓLOGO                      | VARICELLA ZOSTER IGG ANTICUERPOS, SUERO |
| HEMOGRAMA CON PLAQUETAS   | VARICELLA ZOSTER IGM ANTICUERPOS, SUERO |
| HEMOPARÁSITOS   | VERMES                                  |
| HEMOPARASITOS - GOTA GRUESA                                       | VDRL                                    |
| HEMOPHILUS INFLUENZAE TIPO B.LÁTEX                                | VDRL EN LCR                             |
| HEPATITIS (AC Y AG) VER HAV Y HB                                  | VITAMINA B12                            |
| HEPATITIS A (HAV) IGG ANTICUERPOS ,<br>SANGRE                     | VIH-AC                                  |
| HEPATITIS A (HAV) IGM ANTICUERPOS ,<br>SANGRE                     | VICENT'S ANGINA. FROTIS                 |

|  |  |
|--|--|
| HEPATITIS B IGG  | VIROCITOS  |
| HEPATITIS B IGM  | VLDL COLESTEROL  |
| HEPATITIS B ANTIC. DE SUPERFICIE (HBS-AC) IGG, SANGRE  | VSR AC   |
| HEPATITIS B ANTIC. DE SUPERFICIE (HBS-AC) IGM, SANGRE  | VIRUS SINCICIAL AG (VSR) - MET. INMUNOCROMATOGRFIA           |
| HEPATITIS B ANTICUERPOS DE SUPERFICIE (HBS-AC), SANGRE | VIRUS SINCICIAL IGG (VSR)                                    |
| HEPATITIS B ANTIGENO DE SUPERFICIE (HBS AG), SANGRE    | VIRUS SINCICIAL IGM (VSR)                                    |
| HEPATITIS B CORE ANTICUERPOS IGG, SANGRE               | VIRUS SINCICIAL RESPIRATORIO ANTIGENO, MATERIALES BIOLOGICOS |
| HEPATITIS B CORE ANTICUERPOS IGM, SANGRE               | VITAMINA B12   |
| HEPATITIS C ANTICUERPOS                                | VITAMINA D (25OH)  |
| HEPATITIS C (HCV) IGM ANTICUERPOS, SANGRE              | WIDAL. REACCIÓN DE   |
| HEPATITIS C (HCV) IGG ANTICUERPOS, SANGRE              | XILOSA. TEST DE ABSORCIÓN                                    |
| HEPATITIS C, SUERO                                     | YERSENIA CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA                              |
| HEPATOGRAMA (GPT-GOT-FA-BT-BD-BI)/PERFIL               | ZIKA IGG   |
| HEPÁTICO   | ZIKA IGM   |
| HERPES   | ZINC, SUERO  |
| HERPES SIMPLE TIPO 1 IGG ANTICUERPOS, SUERO            | PROBABILIDAD DE RIESGO HLA-DQ8 PARA ENFERMEDAD CELIACA.      |



|   |  |
|---|--|
| HERPES SIMPLE TIPO 1 IGM ANTICUERPOS, SUERO                 | SE INCLUYE ESTUDIO DEL SUEÑO (100% DE COBERTURA).  |
| HERPES SIMPLE TIPO 2 IGG ANTICUERPOS, SUERO                 | SE INCLUYE CENTELLOGRAFÍA Y CAPTACIÓN TIROIDEA.  |
| HERPES SIMPLE TIPO 2 IGM ANTICUERPOS, SUERO                 | CHIKUNGUNYA IGM  |
| HERPES - SECRESION GENITAL                                  | DGP2-AC IGA (DEAMIDADOS PEPTIDOS ESPECÍFICOS DE GLIADINA) SUERO  |
| HETEROFILOS ANTICUERPOS ( MONOTEST ), INVESTIGACION, SANGRE | DGP2-AC IGG (DEAMIDADOS PEPTIDOS ESPECÍFICOS DE GLIADINA) SUERO  |
| H.G.H.  | TES RAPIDO DETECCION MULTIPLES DE ANTIGENOS RESPIRATORIOS (SARS-COV-2, INFLUEZA A+B, RSV, ADENOVIRUS, M. PNEUMIAE) |

Todos los estudios laborales citados en el presente listado deberán tener una cobertura total y en todos los casos el estudio es por persona y sin límites.

#### ESTUDIOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS DE VIDEOENDOSCOPIA:

Con cobertura del 100%, incluyendo: Honorarios profesionales del especialista y anestesista, servicios de enfermería, medicamentos y materiales descartables y/o desechables, uso de equipos, uso de sala de procedimientos e internación en caso necesario, las que se realizarán en centros habilitados para estos estudios por LA ASEGURADORA, incluye todas las especialidades que utilizan este método, tales como:

- Extracción de cuerpos extraños tubo digestivo
- Esclerosis de lesiones sangrantes tubo digestivo
- Papilotomía
- Colangiopancreatografía retrógrada
- Electrocoagulación
- Polipectomía

Este listado no es limitativo y deberá incorporar todas las especialidades que utilizan métodos endoscópicos ya sea como medio de diagnóstico, procedimiento quirúrgico o de tratamiento.

#### INSTRUCTIVO PARA CARGA DE PROPUESTAS EN EL SISTEMA DE SBE.

El siguiente ejemplo es la forma de cotización que se utilizara en el sistema, al momento de la recepción de propuestas:

##### Ejemplo:

• Costo por Titular por los Servicios del Seguro Médico Sanatorial: 1.000.000. • Cantidad de meses del servicio: 12 meses. • Precio total por funcionario por 12 meses: (Este es el Precio que se debe cargar como precio unitario en el sistema de subasta). 12.000.000. Cantidad máxima de funcionarios del contrato abierto: 569 (Precio total máximo por el cual se deberá competir en la etapa competitiva 6.828.000.000).

Para los ítem 1 y 2 de acuerdo a las cantidades máximas establecidas para cada ítem.

Identificación de la unidad solicitante y justificaciones

UNIDAD SOLICITANTE: Dirección de Gabinete de la DGA del Congreso Nacional.

JUSTIFICACIONES: Es necesario la realización de un nuevo procedimiento de contratación para la Prestación de servicio médico y sanatorial integral para funcionarios del Congreso Nacional, teniendo en cuenta el vencimiento próximo del contrato actual, y a fin de brindar cobertura por los siguientes 12 meses, corresponde a un llamado periódico, las Especificaciones Técnicas fueron establecidas conforme a lo establecido en el Ley N°2051 De Contrataciones Públicas y sus reglamentaciones, con el objetivo de proporcionar suficiente información para que los oferentes puedan preparar sus ofertas eficientemente y con precisión.

Plan de entrega de los bienes

La entrega de los bienes se realizará de acuerdo con el plan de entrega y cronograma de cumplimiento, indicados en el presente apartado. Así mismo, de los documentos de embarque y otros que deberá suministrar el proveedor indicados a continuación:

NO APLICA

Plan de entrega de los servicios

| Ítem | Descripción del servicio   | Cantidad Mínima | Cantidad Máxima | Unidad de medida | Lugar donde los servicios serán prestados           | Fecha(s) final(es) de ejecución de los servicios  |
|------|--|-----------------|-----------------|------------------|---|---|
| 1    | Prestación de Servicios Médicos y Sanatorial Integral para Titulares Permanentes del Congreso Nacional. Por el tiempo de 12 meses. | 285             | 569             | Unidad           | En los lugares habilitados por la firma adjudicada. | Con cobertura desde la recepción de la nota de pedido de inicio por el tiempo de 12 meses |

|   |  |    |     |        |   |   |
|---|--|----|-----|--------|---|---|
| 2 | Prestación de Servicios Médicos y Sanatorial Integral para Titulares Contratados del Congreso Nacional. Por el tiempo de 12 meses. | 95 | 190 | Unidad | En los lugares habilitados por la firma adjudicada. | Con cobertura desde la recepción de la nota de pedido de inicio por el tiempo de 12 meses |
|---|--|----|-----|--------|---|---|

## Planos y diseños

Para la presente contratación se pone a disposición los siguientes planos o diseños:

No Aplica

## Embalajes y documentos

El embalaje, la identificación y la documentación dentro y fuera de los paquetes serán como se indican a continuación:

No Aplica

## Inspecciones y pruebas

Las inspecciones y pruebas serán como se indican a continuación:

El Congreso Nacional, se reserva el derecho de verificar la veracidad de la información proporcionada por el Oferente, y a realizar la verificación In Situ de la infraestructura requerida en este Pliego de Bases y Condiciones.

1. El proveedor realizará todas las pruebas y/o inspecciones de los bienes, por su cuenta y sin costo alguno para la contratante.
2. Las inspecciones y pruebas podrán realizarse en las instalaciones del proveedor o de sus subcontratistas, en el lugar de entrega y/o en el lugar de destino final de entrega de los bienes, o en otro lugar en este apartado.

Cuando dichas inspecciones o pruebas sean realizadas en recintos del proveedor o de sus subcontratistas se le proporcionarán a los inspectores todas las facilidades y asistencia razonables, incluso el acceso a los planos y datos sobre producción, sin cargo alguno para la contratante.

3. La contratante o su representante designado tendrá derecho a presenciar las pruebas y/o inspecciones mencionadas en la cláusula anterior, siempre y cuando éste asuma todos los costos y gastos que ocasione su participación, incluyendo gastos de viaje, alojamiento y alimentación.
4. Cuando el proveedor esté listo para realizar dichas pruebas e inspecciones, notificará oportunamente a la contratante indicándole el lugar y la hora. El proveedor obtendrá de una tercera parte, si corresponde, o del fabricante cualquier permiso o consentimiento necesario para permitir a la contratante o a su representante designado presenciar las pruebas o inspecciones.
5. La contratante podrá requerirle al proveedor que realice algunas pruebas y/o inspecciones que no están requeridas en el contrato, pero que considere necesarias para verificar que las características y funcionamiento de los bienes cumplan con los códigos de las especificaciones técnicas y normas establecidas en el contrato. Los costos adicionales razonables que incurra el proveedor por dichas pruebas e inspecciones serán sumados al precio del contrato, en cuyo caso la contratante deberá justificar a través de un dictamen fundado en el interés público comprometido. Asimismo, si dichas pruebas y/o inspecciones impidieran el avance de la fabricación y/o el desempeño de otras obligaciones del proveedor bajo el contrato, deberán realizarse los ajustes correspondientes a las Fechas de Entrega y de Cumplimiento y de las otras obligaciones afectadas.
6. El proveedor presentará a la contratante un informe de los resultados de dichas pruebas y/o inspecciones.
7. La contratante podrá rechazar algunos de los bienes o componentes de ellos que no pasen las pruebas o inspecciones o que no se ajusten a las especificaciones. El proveedor tendrá que rectificar o reemplazar dichos bienes o componentes rechazados o hacer las modificaciones necesarias para cumplir con las especificaciones sin ningún costo para la contratante. Asimismo, tendrá que repetir las pruebas o inspecciones, sin ningún costo para la contratante, una vez que notifique a la contratante.
8. El proveedor acepta que ni la realización de pruebas o inspecciones de los bienes o de parte de ellos, ni la presencia de la contratante o de su representante, ni la emisión de informes, lo eximirán de las garantías u otras obligaciones en virtud del contrato.

## Indicadores de Cumplimiento

El documento requerido para acreditar el cumplimiento contractual será:

| Planificación de indicadores de cumplimiento:<br>INFORME DEL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO.<br>Frecuencia: MENSUAL. |  |  |
|--|--|--|
| INDICADOR  | TIPO                                   | FECHA DE PRESENTACIÓN PREVISTA <i>(se indica la fecha que debe presentar según el PBC)</i> |
| INFORME DEL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO   | INFORME DEL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO | En forma mensual durante la ejecución del contrato.  |

De manera a establecer indicadores de cumplimiento, a través del sistema de seguimiento de contratos, la convocante deberá determinar el tipo de documento que acredite el efectivo cumplimiento de la ejecución del contrato, así como planificar la cantidad de indicadores que deberán ser presentados durante la ejecución. Por lo tanto, la convocante en este apartado y de acuerdo al tipo de contratación de que se trate, deberá indicar el documento a ser comunicado a través del módulo de Seguimiento de Contratos y la cantidad de los mismos.

## Criterios de Adjudicación

La convocante adjudicará el contrato al oferente cuya oferta haya sido evaluada como la más baja y cumpla sustancialmente con los requisitos de las bases y condiciones, siempre y cuando la convocante determine que el oferente está calificado para ejecutar el contrato satisfactoriamente.

1. La adjudicación en los procesos de contratación en los cuales se aplique la modalidad de contrato abierto, se efectuará por las cantidades o montos máximos solicitados en el llamado, sin que ello implique obligación de la convocante de requerir la provisión de esa cantidad o monto durante la vigencia del contrato, obligándose sí respecto de las cantidades o montos mínimos establecidos.

2. En caso de que la convocante no haya adquirido la cantidad o monto mínimo establecido, deberá consultar al proveedor si desea ampliarlo para el siguiente ejercicio fiscal, hasta cumplir el mínimo.

3. Al momento de adjudicar el contrato, la convocante se reserva el derecho a disminuir la cantidad requerida, por razones de disponibilidad presupuestaria u otras razones debidamente justificadas. Estas variaciones no podrán alterar los precios unitarios u otros términos y condiciones de la oferta y de los documentos de la licitación.

En aquellos llamados en los cuales se aplique la modalidad de contrato abierto, cuando la convocante deba disminuir cantidades o montos a ser adjudicados, no podrá modificar el monto o las cantidades mínimas establecidas en las bases de la contratación.

## Notificaciones

La comunicación de la adjudicación a los oferentes será como sigue:

1. Dentro de los cinco (5) días corridos de haberse resuelto la adjudicación, la convocante comunicará a través del Sistema de Información de Contrataciones Públicas, copia del informe de evaluación y del acto administrativo de adjudicación, los cuales serán puestos a disposición pública en el referido sistema. Adicionalmente el sistema generará una notificación a los oferentes por los medios remotos de comunicación electrónica pertinentes, la cual será reglamentada por la DNCP.

2. En sustitución de la notificación a través del Sistema de Información de Contrataciones Públicas, las convocantes podrán dar a conocer la adjudicación por cédula de notificación a cada uno de los oferentes, acompañados de la copia íntegra del acto administrativo y del informe de evaluación. La no entrega del informe en ocasión de la notificación, suspende el plazo para formular protestas hasta tanto la convocante haga entrega de dicha copia al oferente solicitante.

3. En caso de la convocante opte por la notificación física a los oferentes participantes, deberá realizarse únicamente con el acuse de recibo y en el mismo con expresa mención de haber recibido el informe de evaluación y la resolución de adjudicación.

4. Las cancelaciones o declaraciones desiertas deberán ser notificadas a todos los oferentes, según el procedimiento indicado precedentemente.

5. Las notificaciones realizadas en virtud al contrato, deberán ser por escrito y dirigirse a la dirección indicada en el contrato.

## Audiencia Informativa

Una vez notificado el resultado del proceso, el oferente tendrá la facultad de solicitar una audiencia a fin de que la convocante explique los fundamentos que motivan su decisión.

La solicitud de audiencia informativa no suspenderá ni interrumpirá el plazo para la interposición de protestas.

La misma deberá ser solicitada dentro de los dos (2) días hábiles siguientes en que el oferente haya tomado conocimiento de los términos del Informe de Evaluación de Ofertas.

La convocante deberá dar respuesta a dicha solicitud dentro de los dos (2) días hábiles de haberla recibido y realizar la audiencia en un plazo que no exceda de dos (2) días hábiles siguientes a la fecha de respuesta al oferente.

## **Documentación requerida para la firma del contrato**

Luego de la notificación de adjudicación, el proveedor deberá presentar en el plazo establecido en las reglamentaciones vigentes, los documentos indicados en el presente apartado.

|  |
|--|
| 1. Personas Físicas / Jurídicas  |
| a) Certificado de no encontrarse en quiebra o en convocatoria de acreedores expedido por la Dirección General de Registros Públicos;   |
| b) Certificado de no hallarse en interdicción judicial expedido por la Dirección General de Registros Públicos;  |
| c) Constancia de no adeudar aporte obrero patronal expedida por el Instituto de Previsión Social;  |
| d) Certificado laboral vigente expedido por la Dirección de Obrero Patronal dependiente del Viceministerio de Trabajo, siempre que el sujeto esté obligado a contar con el mismo, de conformidad a la reglamentación pertinente - CPS; |
| e) En el caso que suscriba el contrato otra persona en su representación, acompañar poder suficiente del apoderado para asumir todas las obligaciones emergentes del contrato hasta su terminación.                                    |
| f) Certificado de Cumplimiento Tributario vigente a la firma del contrato.   |
| 2. Documentos. Consorcios  |
| a) Cada integrante del consorcio que sea una persona física o jurídica deberá presentar los documentos requeridos para oferentes individuales especificados en los apartados precedentes.  |
| b) Original o fotocopia del consorcio constituido.   |

c) Documentos que acrediten las facultades del firmante del contrato para comprometer solidariamente al consorcio.

d) En el caso que suscriba el contrato otra persona en su representación, acompañar poder suficiente del apoderado para asumir todas las obligaciones emergentes del contrato hasta su terminación.

# CONDICIONES CONTRACTUALES

Esta sección constituye las condiciones contractuales a ser adoptadas por las partes para la ejecución del contrato.

## Interpretación

### Interpretación

1. Si el contexto así lo requiere, el singular significa el plural y viceversa; y "día" significa día calendario, salvo que se haya indicado expresamente que se trata de días hábiles.

2. Condiciones prohibidas, inválidas o inejecutables

Si cualquier provisión o condición del contrato es prohibida o resultase inválida o inejecutable, dicha prohibición, invalidez o falta de ejecución no afectará la validez o el cumplimiento de las otras provisiones o condiciones del contrato.

3. Limitación de Dispensas:

a) Toda dispensa a los derechos o facultades de una de las partes en virtud del contrato, deberá ser documentada por escrito, indicar la fecha, estar firmada por un representante autorizado de la parte que otorga dicha dispensa, deberá especificar la obligación dispensada y el alcance de la dispensa.

b) Sujeto a lo indicado en el inciso precedente, ningún retraso, prórroga, demora o aprobación por cualquiera de las partes al hacer cumplir algún término y condición del contrato o el otorgar prórrogas por una de las partes a la otra, perjudicará, afectará o limitará los derechos de esa parte en virtud del contrato. Asimismo, ninguna prórroga concedida por cualquiera de las partes por un incumplimiento del contrato, servirá de dispensa para incumplimientos posteriores o continuos del contrato.

## Subcontratación

El porcentaje permitido para la subcontratación será de:

No Aplica

La subcontratación del contrato deberá ser realizada conforme a las disposiciones contenidas en la Ley, el Decreto Reglamentario y la reglamentación que emita para el efecto la DNCP.

## Derechos intelectuales

1. Los derechos de propiedad intelectual de todos los planos, documentos y otros materiales conteniendo datos e información proporcionada a la contratante por el proveedor, seguirán siendo salvo prueba en contrario de propiedad del proveedor. Si esta información fue suministrada a la contratante directamente o a través del proveedor por terceros, incluyendo proveedores de materiales, los derechos de propiedad intelectual de dichos materiales seguirá siendo de propiedad de dichos terceros.



2. Sujeto al cumplimiento por parte de la contratante del párrafo siguiente, el proveedor indemnizará y liberará de toda responsabilidad a la contratante, sus empleados y funcionarios en caso de pleitos, acciones o procedimientos administrativos, reclamaciones, demandas, pérdidas, daños, costos y gastos de cualquier naturaleza, incluyendo gastos y honorarios por representación legal, que la contratante tenga que incurrir como resultado de la transgresión o supuesta transgresión de derechos de propiedad intelectual como patentes, dibujos y modelos industriales registrados, marcas registradas, derechos de autor u otro derecho de propiedad intelectual registrado o ya existente en la fecha del contrato debido a:

- a. La instalación de los bienes por el proveedor o el uso de los bienes en la República del Paraguay; y
- b. La venta de los productos producidos por los bienes en cualquier país.

Dicha indemnización no procederá si los bienes o una parte de ellos fuesen utilizados para fines no previstos en el contrato o para fines que no pudieran inferirse razonablemente del contrato. La indemnización tampoco cubrirá cualquier transgresión que resultara del uso de los bienes o parte de ellos, o de cualquier producto producido como resultado de asociación o combinación con otro equipo, planta o materiales no suministrados por el proveedor en virtud del contrato.

3. Si se entablara un proceso legal o una demanda contra la contratante como resultado de alguna de las situaciones indicadas en la cláusula anterior, la contratante notificará prontamente al proveedor y éste por su propia cuenta y en nombre de la contratante responderá a dicho proceso o demanda, y realizará las negociaciones necesarias para llegar a un acuerdo de dicho proceso o demanda.

4. Si el proveedor no notifica a la contratante dentro de treinta (30) días a partir del recibo de dicha comunicación de su intención de proceder con tales procesos o reclamos, la contratante tendrá derecho a emprender dichas acciones en su propio nombre.

5. La contratante se compromete, a solicitud del proveedor, a prestarle toda la asistencia posible para que el proveedor pueda contestar las citadas acciones legales o reclamaciones. La contratante será reembolsada por el proveedor por todos los gastos razonables en que hubiera incurrido.

6. La contratante deberá indemnizar y eximir de culpa al proveedor y a sus empleados, funcionarios y subcontratistas, por cualquier litigio, acción legal o procedimiento administrativo, reclamo, demanda, pérdida, daño, costo y gasto, de cualquier naturaleza, incluyendo honorarios y gastos de abogado, que pudieran afectar al proveedor como resultado de cualquier transgresión o supuesta transgresión de patentes, modelos de aparatos, diseños registrados, marcas registradas, derechos de autor, o cualquier otro derecho de propiedad intelectual registrado o ya existente a la fecha del contrato, que pudieran suscitarse con motivo de cualquier diseño, datos, planos, especificaciones, u otros documentos o materiales que hubieran sido suministrados o diseñados por la contratante o a nombre suyo.

## Transporte

La responsabilidad por el transporte de los bienes será según se establece en los Incoterms.

Si no está de acuerdo con los Incoterms, la responsabilidad por el transporte deberá ser como sigue:

No Aplica

## Confidencialidad de la información

1. No deberá darse a conocer información alguna acerca del análisis, aclaración y evaluación de las ofertas ni sobre las recomendaciones relativas a la adjudicación, después de la apertura en público de las ofertas, a los oferentes ni a personas no involucradas en el proceso de evaluación, hasta que haya sido dictada la Resolución de Adjudicación.

2. La contratante y el proveedor deberán mantener confidencialidad y en ningún momento divulgarán a terceros, sin el

consentimiento de la otra parte, documentos, datos u otra información que hubiera sido directa o indirectamente proporcionada por la otra parte en conexión con el contrato, antes, durante o después de la ejecución del mismo. No obstante, el proveedor podrá proporcionar a sus subcontratistas los documentos, datos e información recibidos de la contratante para que puedan cumplir con su trabajo en virtud del contrato. En tal caso, el proveedor obtendrá de dichos subcontratistas un compromiso de confidencialidad similar al requerido al proveedor en la presente cláusula.

3. La contratante no utilizará dichos documentos, datos u otra información recibida del proveedor para ningún uso que no esté relacionado con el contrato. Así mismo el proveedor no utilizará los documentos, datos u otra información recibida de la contratante para ningún otro propósito diferente al de la ejecución del contrato.

4. La obligación de las partes arriba mencionadas, no aplicará a la información que:

a) La contratante o el proveedor requieran compartir con otras instituciones que participen en el financiamiento del contrato;

b) Actualmente o en el futuro se hace de dominio público sin culpa de ninguna de las partes;

c) Puede comprobarse que estaba en posesión de esa parte en el momento que fue divulgada y no fue previamente obtenida directa o indirectamente de la otra parte; o

d) Que de otra manera fue legalmente puesta a la disponibilidad de esa parte por un tercero que no tenía obligación de confidencialidad.

5. Las disposiciones precedentes no modificarán de ninguna manera ningún compromiso de confidencialidad otorgado por cualquiera de las partes a quien esto compete antes de la fecha del contrato con respecto a los suministros o cualquier parte de ellos.

6. Las disposiciones de esta cláusula permanecerán válidas después del cumplimiento o terminación del contrato por cualquier razón.

---

## **Obligatoriedad de declarar información del personal del contratista en el SICP**

1. El proveedor deberá proporcionar los datos de identificación de sus subproveedores, así como de las personas físicas por medio de las cuales propone cumplir con las obligaciones del contrato, dentro de los treinta días posteriores a la obtención del código de contratación, y con anterioridad al primer pago que vaya a percibir en el marco de dicho contrato, con las especificaciones respecto a cada una de ellas. A ese respecto, el contratista deberá consignar dichos datos en el Formulario de Información del Personal (FIP) y en el Formulario de Informe de Servicios Personales (FIS), a través del SIPE.

2. Cuando ocurra algún cambio en la nómina del personal o de los subcontratistas propuestos, el proveedor o contratista está obligado a actualizar el FIP.

3. Como requerimiento para efectuar los pagos a los proveedores o contratistas, la contratante, a través del procedimiento establecido para el efecto por la entidad previsional, verificará que el proveedor o contratista se encuentre al día en el cumplimiento con sus obligaciones para con el Instituto de Previsión Social (IPS).

4. La contratante podrá realizar las diligencias que considere necesarias para verificar que la totalidad de las personas que prestan servicios personales en relación de dependencia para la contratista y eventuales subcontratistas se encuentren debidamente individualizados en los listados recibidos.

5. El proveedor o contratista deberá permitir y facilitar los controles de cumplimiento de sus obligaciones de aporte obrero patronal, tanto los que fueran realizados por la contratante como los realizados por el IPS, y por funcionarios de la DNCP. La negativa expresa o tácita se considerará incumplimiento del contrato por causa imputable al proveedor o contratista.

6. En caso de detectarse que el proveedor o contratista o alguno de los subcontratistas, no se encontraran al día con el cumplimiento de sus obligaciones para con el IPS, deberán ser emplazados por la contratante para que en diez (10) días hábiles cumplan con sus obligaciones pendientes con la previsional. En el caso de que no lo hiciera, se considerará incumplimiento del contrato por causa imputable al proveedor o contratista.

---

## **Formas y condiciones de pago**

El adjudicado para solicitar el pago de las obligaciones deberá presentar la solicitud acompañada de los siguientes documentos:

1. Documentos Genéricos:

- a. Nota de remisión u orden de prestación de servicios según el objeto de la contratación;
- b. La factura de pago, con timbrado vigente, la cual deberán expresar claramente por separado el Impuesto al Valor Agregado (IVA) de conformidad con las disposiciones tributarias aplicables. En ningún caso el valor total facturado podrá exceder el valor adjudicado o las adendas aprobadas;
- c. REPSE (registro de prestadores de servicios) todos los que son prestadores de servicios;
- d. Certificado de Cumplimiento Tributario;
- e. Constancia de Cumplimiento con la Seguridad Social;
- f. Formulario de Informe de Servicios Personales (FIS).

Otras formas y condiciones de pago al proveedor en virtud del contrato serán las siguientes:

El pago será efectuado por LA CONTRATANTE dentro de los 60 (sesenta) días siguientes a la recepción de la factura; la misma debe incluir todo lo relacionado a la parte impositiva, debiendo estar discriminado el Impuesto al Valor Agregado (I.V.A.) y cualquier otro gasto inherente a la prestación de los servicios y la provisión de los bienes, cuando así correspondiere. Del monto total facturado, se efectuarán las retenciones correspondientes al IVA y el Impuesto a la Renta, según lo establecido por las disposiciones legales de la República del Paraguay. Independientemente a estas retenciones impositivas se aplicará una retención del 0,5 % sobre el monto de las facturas pagadas, deducidos los impuestos reflejados en las mismas, en carácter de Contribución, de conformidad a la normativa emitida por la Dirección Nacional de Contrataciones Públicas (DNCP), la misma deberá ser depositada obligatoriamente en una Cta. Cte. indicada por la Dirección Nacional de Contrataciones Públicas (DNCP).

2. La contratante efectuará los pagos, dentro del plazo establecido en este apartado, sin exceder sesenta (60) días después de la presentación de una factura por el proveedor, y después de que la contratante la haya aceptado. Dicha aceptación o rechazo, deberá darse a más tardar en quince (15) días posteriores a su presentación.

3. De conformidad a las disposiciones del Decreto N° 7781/2006, del 30 de Junio de 2006 y modificatoria, en las contrataciones con Organismos de la Administración Central, el proveedor deberá habilitar su respectiva cuenta corriente o caja de ahorro en un Banco de plaza y comunicar a la Contratante para que ésta gestione ante la Dirección General del Tesoro Público, la habilitación en el Sistema de Tesorería (SITE).

## **Solicitud de suspensión de la ejecución de contrato**

Si la mora en el pago por parte de la contratante fuere superior a sesenta (60) días, el proveedor, consultor o contratista, tendrá derecho a solicitar por escrito la suspensión de la ejecución del contrato por causas imputables a la contratante.

La solicitud deberá ser respondida por la contratante dentro de los 10 (diez) días calendario de haber recibido por escrito el requerimiento. Pasado dicho plazo sin respuesta se considerará denegado el pedido, con lo que se agota la instancia administrativa quedando expedita la vía contencioso administrativa.

## **Solicitud de Pago de Anticipo**

El plazo dentro del cual se solicitará el anticipo será (en días corridos) de:

No Aplica

## Reajuste

El precio del contrato estará sujeto a reajustes. La fórmula y el procedimiento para el reajuste serán los siguientes:

El reajuste de precio deberá ser solicitado por el Contratista y aprobado por el Contratante por medio de notas oficiales, siempre y cuando haya una variación sustancial de precios en la economía nacional reflejada en el índice de precios de consumo publicado por el Banco Central del Paraguay, en un valor igual o mayor al quince por ciento sobre la inflación oficial esperada para el mismo periodo.

No tendrá efecto retroactivo respecto a los bienes proveídos antes de la verificación del reajuste.

El pedido de reajuste deberá ser presentado al momento de la entrega de los bienes.

El Precio Reajustado del Contrato, estará determinado por la siguiente fórmula:

$$Pr = P \times \frac{IPC1}{IPC0}$$

Donde:

Pr: Precio Reajustado.

P: Precio adjudicado.

IPC1: Índice de precios al Consumidor publicado por el Banco Central del Paraguay, correspondiente al mes de la entrega del suministro o prestación del servicio.

IPC0: Índice de precios al consumidor publicado por el Banco Central de Paraguay, correspondiente al mes de la apertura de ofertas.

El pedido de reajuste deberá ser presentado durante el plazo de vigencia del contrato.

El proveedor presentará las facturas por reajuste en forma independiente de las facturas específicas de las entregas de bienes efectuados o servicios prestados.

**No se reconocerán reajustes de precio si el servicio se encuentra atrasado respecto al cronograma de entrega aprobado.**

## Porcentaje de multas

El valor del porcentaje de multas que será aplicado por el atraso en la entrega de los bienes, prestación de servicios será de:

1,00 %

La contratante podrá deducir en concepto de multas una suma equivalente al porcentaje del precio de entrega de los bienes

atrasados, por cada día de atraso indicado en este apartado. La contratante podrá rescindir administrativamente el contrato cuando el valor de las multas supere el monto de la Garantía de Cumplimiento de Contrato.

La aplicación de multas no libera al proveedor del cumplimiento de sus obligaciones contractuales.

---

### Tasa de interés por Mora

En caso de que la contratante incurriera en mora en los pagos, se aplicará una tasa de interés por cada día de atraso, del:

0,01

La mora será computada a partir del día siguiente del vencimiento del pago y no incluye el día en el que la contratante realiza el pago.

Si la contratante no efectuara cualquiera de los pagos al proveedor en las fechas de vencimiento correspondiente o dentro del plazo establecido en la presente cláusula, la contratante pagará al proveedor interés sobre los montos de los pagos morosos a la tasa establecida en este apartado, por el período de la demora hasta que haya efectuado el pago completo, ya sea antes o después de cualquier juicio.

---

### Impuestos y derechos

En el caso de bienes de origen extranjero, el proveedor será totalmente responsable del pago de todos los impuestos, derechos, gravámenes, timbres, comisiones por licencias y otros cargos similares que sean exigibles fuera y dentro de la República del Paraguay, hasta el momento en que los bienes contratados sean entregados al contratante.

En el caso de origen nacional, el proveedor será totalmente responsable por todos los impuestos, gravámenes, comisiones por licencias y otros cargos similares incurridos hasta el momento en que los bienes contratados sean entregados a la contratante.

El proveedor será responsable del pago de todos los impuestos y otros tributos o gravámenes con excepción de los siguientes:

No Aplica

---

### Convenios Modificatorios

La contratante podrá acordar modificaciones al contrato conforme al artículo N° 63 de la Ley N° 2051/2003.

1. Cuando el sistema de adjudicación adoptado sea de abastecimiento simultáneo las ampliaciones de los contratos se registrarán por las disposiciones contenidas en la Ley N° 2051/2003, sus modificaciones y reglamentaciones, que para el efecto emita la DNCP.
2. Tratándose de contratos abiertos, las modificaciones a ser introducidas se registrarán atendiendo a la reglamentación vigente.

3. La celebración de un convenio modificatorio conforme a las reglas establecidas en el artículo N° 63 de la Ley 2051/2003, que constituyan condiciones de agravación del riesgo cuando la Garantía de Cumplimiento de Contrato sea formalizada a través de póliza de caución, obliga al proveedor a informar a la compañía aseguradora sobre las modificaciones a ser realizadas y en su caso, presentar ante la contratante los endosos por ajustes que se realicen a la póliza original en razón al convenio celebrado con la contratante.

---

## **Limitación de responsabilidad**

Excepto en casos de negligencia grave o actuación de mala fe, el proveedor no tendrá ninguna responsabilidad contractual de agravio o de otra índole frente a la contratante por pérdidas o daños indirectos o consiguientes, pérdidas de utilización, pérdidas de producción, o pérdidas de ganancias o por costo de intereses, estipulándose que esta exclusión no se aplicará a ninguna de las obligaciones del proveedor de pagar a la contratante las multas previstas en el contrato.

---

## **Responsabilidad del proveedor**

El proveedor deberá suministrar todos los bienes o servicios de acuerdo con las condiciones establecidas en el pliego de bases y condiciones.

---

## **Fuerza mayor**

El proveedor no estará sujeto a la ejecución de su Garantía de Cumplimiento, liquidación por daños y perjuicios o terminación por incumplimiento en la medida en que la demora o el incumplimiento de sus obligaciones en virtud del contrato sea el resultado de un evento de Fuerza Mayor.

1. Para fines de esta cláusula, "Fuerza Mayor" significa un evento o situación fuera del control del proveedor que es imprevisible, inevitable y no se origina por descuido o negligencia del mismo. Tales eventos pueden incluir sin que éstos sean los únicos actos de la autoridad en su capacidad soberana, guerras o revoluciones, incendios, inundaciones, epidemias, pandemias, restricciones de cuarentena, y embargos de cargamentos.
2. El proveedor deberá demostrar el nexo existente entre el caso notorio y la obligación pendiente de cumplimiento. La fuerza mayor solamente podrá afectar a la parte del contrato cuyo cumplimiento imposible fue probado.
3. No se considerarán casos de Fuerza Mayor los actos o acontecimientos que hagan el cumplimiento de una obligación únicamente más difícil o más onerosa para la parte correspondiente.
4. Si se presentara un evento de Fuerza Mayor, el proveedor notificará por escrito a la contratante sobre dicha condición y causa, en el plazo de siete (7) días calendario a partir del día siguiente en que el proveedor haya tenido conocimiento del evento o debiera haber tenido conocimiento del evento. Transcurrido el mencionado plazo, sin que el proveedor o contratista haya notificado a la convocante la situación que le impide cumplir con las condiciones contractuales, no podrá invocar caso fortuito o fuerza mayor. Excepcionalmente, la convocante bajo su responsabilidad, podrá aceptar la notificación del evento de caso fortuito en un plazo mayor, debiendo acreditar el interés público comprometido.
5. La fuerza mayor debe ser invocada con posterioridad a la suscripción del contrato y con anterioridad al vencimiento del plazo de cumplimiento de las obligaciones contractuales.
6. A menos que la contratante disponga otra cosa por escrito, el proveedor continuará cumpliendo con sus obligaciones en

virtud del contrato en la medida que sea razonablemente práctico, y buscará todos los medios alternativos de cumplimiento que no estuviesen afectados por la situación de fuerza mayor existente.

---

## Causales de terminación del contrato

### 1. Terminación por Incumplimiento

a) La contratante, sin perjuicio de otros recursos a su disposición en caso de incumplimiento del contrato, podrá terminar el contrato, en cualquiera de las siguientes circunstancias:

- i. Si el proveedor no entrega parte o ninguno de los bienes dentro del período establecido en el contrato, o dentro de alguna prórroga otorgada por la contratante;
- ii. Si el proveedor no cumple con cualquier otra obligación en virtud del contrato;
- iii. Si el proveedor, a juicio de la contratante, durante el proceso de licitación o de ejecución del contrato, ha participado en actos de fraude y corrupción;
- iv. Cuando las multas por atraso superen el monto de la Garantía de Fiel Cumplimiento de Contrato;
- v. Por suspensión de los trabajos, imputable al proveedor o al contratista, por más de sesenta días calendarios, sin que medie fuerza mayor o caso fortuito; o
- vi. En los demás casos previstos en este apartado.

### 2. Terminación por insolvencia o quiebra

La contratante podrá rescindir el contrato mediante comunicación por escrito al proveedor si éste se declarase en quiebra o en estado de insolvencia.

### 3. Terminación por conveniencia.

a) La contratante podrá en cualquier momento terminar total o parcialmente el contrato por razones de interés público debidamente justificada, mediante notificación escrita al proveedor. La notificación indicará la razón de la terminación así como el alcance de la terminación con respecto a las obligaciones del proveedor, y la fecha en que se hace efectiva dicha terminación.

b) Los bienes que ya estén fabricados y estuviesen listos para ser enviados a la contratante dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de recibo de la notificación de terminación del contrato deberán ser aceptados por la contratante de acuerdo con los términos y precios establecidos en el contrato. En cuanto al resto de los bienes la contratante podrá elegir entre las siguientes opciones:

- i. Que se complete alguna porción y se entregue de acuerdo con las condiciones y precios del contrato; y/o
- ii. Que se cancele la entrega restante y se pague al proveedor una suma convenida por aquellos bienes que hubiesen sido parcialmente completados y por los materiales y repuestos adquiridos previamente por el proveedor.

---

## Otras causales de terminación del contrato

Además de las ya indicadas en la cláusula anterior, otras causales de terminación de contrato son:

No Aplica

## Resolución de Conflictos a través del Arbitraje

Las partes se someterán a Arbitraje:

No

En caso que la convocante adopte el arbitraje como mecanismo de resolución de conflicto, la cláusula arbitral que regirá a las partes es la siguiente:

"Todas las controversias que deriven del presente contrato o que guarden relación con éste serán resueltas definitivamente por arbitraje, conforme con las disposiciones de la Ley N° 2051/03 "De Contrataciones Públicas", de la Ley N° 1879/02 "De arbitraje y mediación" y las condiciones del Contrato. El procedimiento arbitral se llevará a cabo ante el Centro de Arbitraje y Mediación del Paraguay (en adelante, "CAMP"). El tribunal estará conformado por tres árbitros designados de la lista del cuerpo arbitral del CAMP, que decidirá conforme a derecho, siendo el laudo definitivo y vinculante para las partes. Se aplicará el reglamento respectivo y demás disposiciones que regule dicho procedimiento al momento de ser requerido, declarando las partes conocer y aceptar los vigentes, incluso en orden a su régimen de gastos y costas, considerándolos parte integrante del presente contrato. Para la ejecución del laudo arbitral, o para dirimir cuestiones que no sean arbitrables, las partes se someterán a la jurisdicción de los tribunales de la ciudad de Asunción, República del Paraguay".

## Fraude y Corrupción

1. La convocante exige que los participantes en los procedimientos de contratación, observen los más altos niveles éticos, ya sea durante el proceso de licitación o de ejecución de un contrato. La convocante actuará frente a cualquier hecho o reclamación que se considere fraudulento o corrupto.

2. Si se comprueba que un funcionario público, o quien actúe en su lugar, y/o el oferente o adjudicatario propuesto en un proceso de contratación, hayan incurrido en prácticas fraudulentas o corruptas, la convocante deberá:

(i) En la etapa de oferta, se descalificará cualquier oferta del oferente y/o rechazará cualquier propuesta de adjudicación relacionada con el proceso de adquisición o contratación de que se trate; y/o

(ii) Durante la ejecución del contrato, se rescindirá el contrato por causa imputable al proveedor;

(iii) Se remitirán los antecedentes del oferente o proveedor directamente involucrado en las prácticas fraudulentas o corruptivas, a la Dirección Nacional de Contrataciones Públicas, a los efectos de la aplicación de las sanciones previstas;

(iv) Se presentará la denuncia penal ante las instancias correspondientes si el hecho conocido se encontrare tipificado en la legislación penal.

Fraude y corrupción comprenden actos como:

(i) Ofrecer, dar, recibir o solicitar, directa o indirectamente, cualquier cosa de valor para influenciar las acciones de otra parte;

(ii) Cualquier acto u omisión, incluyendo la tergiversación de hechos y circunstancias, que engañen, o intenten engañar, a alguna parte para obtener un beneficio económico o de otra naturaleza o para evadir una obligación;

(iii) Perjudicar o causar daño, o amenazar con perjudicar o causar daño, directa o indirectamente, a cualquier parte o a sus bienes para influenciar las acciones de una parte;

(iv) Colusión o acuerdo entre dos o más partes realizado con la intención de alcanzar un propósito inapropiado, incluyendo influenciar en forma inapropiada las acciones de otra parte;

(v) Cualquier otro acto considerado como tal en la legislación vigente.

3. Los oferentes deberán declarar que por sí mismos o a través de interpósita persona, se abstendrán de adoptar conductas orientadas a que los funcionarios o empleados de la convocante induzcan o alteren las evaluaciones de las propuestas, el



resultado del procedimiento u otros aspectos que les otorguen condiciones más ventajosas con relación a los demás participantes (Declaratoria de Integridad).

# MODELO DE CONTRATO

Este modelo de contrato, constituye la proforma del contrato a ser utilizado una vez adjudicado al proveedor y en los plazos dispuestos para el efecto por la normativa vigente.

EL MODELO DE CONTRATO SE ENCUENTRA EN UN ARCHIVO ANEXO A ESTE DOCUMENTO.

# FORMULARIOS

Los formularios dispuestos en esta sección son los estándar a ser utilizados por los potenciales oferentes para la preparación de sus ofertas.

ESTA SECCIÓN DE FORMULARIOS SE ENCUENTRA EN UN ARCHIVO ANEXO A ESTE DOCUMENTO, DEBIENDO LA CONVOCANTE MANTENERLO EN FORMATO EDITABLE A FIN DE QUE EL OFERENTE LO PUEDA UTILIZAR EN LA PREPARACION DE SU OFERTA.

