

GUÍA DE COBERTURA MÉDICA

PLAN

Ejecutivo

Superior





PLAN

Ejecutivo

Superior

MI DOCTOR brindará las coberturas que se detallan a continuación en los Sanatorios, Clínicas, Consultorios y Prestadores adheridos al sistema en todo el país, de acuerdo a la disponibilidad y según se indique en la Guía Médica Vigente en la página web.

midoctorparaguay.com





1. SERVICIOS CON COBERTURA INMEDIATA

1.1. Consultas médicas (ilimitada).

- | | | |
|----------------------------------|------------------------------|---------------------------|
| 1.1.1. Clínica Médica | 1.1.10. Alergista | 1.1.19. Nefrología |
| 1.1.2. Ginecología y Obstetricia | 1.1.11. Cirugía General | 1.1.20. Medicina familiar |
| 1.1.3. Pediatría | 1.1.12. Cirugía Infantil | 1.1.21. Diabetología |
| 1.1.4. Cardiología | 1.1.13. Mastología | 1.1.22. Geriatria |
| 1.1.5. Gastroenterología | 1.1.14. Flebología | |
| 1.1.6. Traumatología y Ortopedia | 1.1.15. Neumología | |
| 1.1.7. Dermatología | 1.1.16. Cardiología Infantil | |
| 1.1.8. Urología | 1.1.17. Oftalmología | |
| 1.1.9. Otorrinolaringología | 1.1.18. Proctología | |

1.2. Consultas con arancel preferencial

- | | | |
|-----------------------|-----------------------|---------------------|
| 1.2.1. Psicología | 1.2.4. Nutricionista | 1.2.7. Diabetología |
| 1.2.2. Psiquiatría | 1.2.5. Endocrinología | 1.2.8. Reumatología |
| 1.2.3. Fonoaudiología | 1.2.6. Neurología | |

1.3. Servicios de urgencias

- | | |
|---|---|
| 1.3.1. Consulta con médico de guardia (ilimitado) | 1.3.5. Medicamentos y descartables:
Hasta Gs. 100.000 (guaraníes cien mil) por evento, y hasta 4 veces por beneficiario y por año contrato, no acumulables |
| 1.3.2. Consulta controlada | 1.3.6. No incluye interconsulta con especialista |
| 1.3.3. Derecho a sala de urgencias | |
| 1.3.4. Sala de observación | |

1.4. Servicio de Enfermería

- | | |
|-------------------------------------|---|
| 1.4.1. Toma de presión arterial | 1.4.5. Aplicación endovenosa |
| 1.4.2. Enema evacuador, supositorio | 1.4.6. Aplicación subcutánea |
| 1.4.3. Curación simple | 1.4.7. Colocación de venoclisis |
| 1.4.4. Aplicación intra muscular | 1.4.8. Nebulizaciones hasta 30 (treinta) eventos. |

1.5. Consultas de urgencias y/o emergencias a domicilio

Servicio de ambulancia con médicos o paramédicos, dentro del radio de hasta 20 km. del centro de Asunción en condiciones de fácil acceso, incluye medicamentos y descartables utilizados hasta un evento por día con intervalo de 24 horas (exceptuando el equipo de bioseguridad que será abonado por el asegurado al momento de la prestación del servicio).

1.6. Servicios odontológicos

- | | |
|-------------------------------------|-----------------------------------|
| 1.6.1. Consultas | 1.6.7. Obturaciones con amalgama |
| 1.6.2. Urgencias odontológicas | 1.6.8. Inactivación de caries |
| 1.6.3. Exámenes periódicos | 1.6.9. Extracción de temporarios* |
| 1.6.4. Profilaxis (limpieza simple) | 1.6.10. Extracciones móviles* |
| 1.6.5. Fluorización | 1.6.11. Extracciones seriadas* |
| 1.6.6. Obturaciones provisorias | 1.6.12. Extracciones simples* |

**(se exceptúan las extracciones de terceros molares y las complicadas)*



1.7. Análisis Clínicos Laboratoriales de Rutina

02 (dos) eventos de cada determinación por beneficiario por año de contrato.

- | | | |
|-------------------------|--------------------------------|---|
| 1.7.1. Hemograma | 1.7.7. Ácido úrico | 1.7.13. Factor reumatoideo
- Artritest |
| 1.7.2. Glucosa | 1.7.8. VDRL | 1.7.14. Plaquetas |
| 1.7.3. Urea | 1.7.9. Orina simple | 1.7.15. Colesterol HDL |
| 1.7.4. Creatinina | 1.7.10. Tipificación sanguínea | 1.7.16. Colesterol LDL |
| 1.7.5. Colesterol total | 1.7.11. Heces simples | 1.7.17. Colesterol VLDL |
| 1.7.6. Triglicéridos | 1.7.12. Eritrosedimentación | |

1.8. Servicios de Diagnósticos y tratamientos

1.8.1. **Electrocardiogramas:** 2 (dos) veces por año de contrato por beneficiario

1.8.2. **Radiografías simples:** 4 (cuatro) posiciones por beneficiario por año de contrato

1.9. Servicios de Primeros Auxilios y Procedimientos Menores

- | | |
|--|---|
| 1.9.1. Sutura de herida | 1.9.9. Aplicación de enemol |
| 1.9.2. Drenaje de abscesos y hematomas | 1.9.10. Lavado gástrico |
| 1.9.3. Taponamiento nasal | 1.9.11. Sondaje vesical y nasogástrico |
| 1.9.4. Enyesado simple de miembros | 1.9.12. Extracción de uña encarnada, cuerpos
extraños, quistes sebáceos, lipomas |
| 1.9.5. Curaciones de urgencias | 1.9.13. Sala de procedimiento |
| 1.9.6. Control de HGT | 1.9.14. Medicamentos y descartables hasta
tope indicado en el 1.3.5. |
| 1.9.7. Toma de presión arterial | |
| 1.9.8. Enema evacuador | |

1.10. Análisis Clínicos Laboratoriales Complementarios y/o Especializados

Hasta 02 (dos) veces por determinación por año de contrato y por beneficiario.

- | | |
|--|--|
| 1.10.1. Asto, | 1.10.33. GPT |
| 1.10.2. Albumina | 1.10.34. Hemoglobina Glicosilada |
| 1.10.3. Alfa amilasa | 1.10.35. Heces seriado |
| 1.10.4. Beta HCG cualitativo | 1.10.36. Heces Frotis |
| 1.10.5. Bilirrubina total, D, I | 1.10.37. Heces PH |
| 1.10.6. Calcio | 1.10.38. Heterofilos Anticuerpos |
| 1.10.7. Calcio en orina 24 horas | 1.10.39. HIV |
| 1.10.8. Citología Tinción de Giemsa | 1.10.40. Lipasa |
| 1.10.9. Citoquímico, Líquido Biológico | 1.10.41. Secreción vaginal, frotis |
| 1.10.10. Coombs directo | 1.10.42. Orina Cultivo (urocultivo) |
| 1.10.11. Coombs indirecto | 1.10.43. Perfil proteico |
| 1.10.12. Coprocultivo y Antibiograma | 1.10.44. Potasio |
| 1.10.13. Cuerpos cetónicos | 1.10.45. Proteína C reactiva cualitativa |
| 1.10.14. Cultivo en Aerobiosis | 1.10.46. Proteínas totales (O |
| 1.10.15. Cultivo Anaerobiosis | 1.10.47. Proteínas totales y fracciones |
| 1.10.16. Cultivo para Baar | 1.10.48. Sec. Vaginal Cultivo y ATB |
| 1.10.17. CK Total | 1.10.49. Test del piecito |
| 1.10.18. CK-MB | 1.10.50. Magnesio |
| 1.10.19. Cloruros | 1.10.51. Coagulograma |
| 1.10.20. Espudo Frotis p/ Baar | 1.10.52. IGG (Inmunoglobulina G) |
| 1.10.21. Espudo Cultivo p/ Baar | 1.10.53. IGM (Inmunoglobulina M) |
| 1.10.22. Electrolitos | 1.10.54. IGE Total |
| 1.10.23. Examen Micológico fresco | 1.10.55. IGA (Inmunoglobulina A) |
| 1.10.24. Fibrinógeno | 1.10.56. Reticulocitos |
| 1.10.25. Fosfatasa ácida total | 1.10.57. Rotavirus |
| 1.10.26. Fosfatasa alcalina | 1.10.58. Sustancia Reductoras Benedic |
| 1.10.27. Fósforo | 1.10.59. Tiempo de Sangría |
| 1.10.28. Frotis de sangre periférica | 1.10.60. TTPA |
| 1.10.29. FTA-abs-ac IGG | 1.10.61. Hierro |
| 1.10.30. FTA-abs-ac IGM | 1.10.62. Hematocrito |
| 1.10.31. Gamma GT | 1.10.63. Hemoglobina |
| 1.10.32. GOT | |



SERVICIOS CON 2. COBERTURA A PARTIR DE LOS 30 DÍAS

2.1. Servicios de Diagnósticos e Imágenes

2.1.1. Ecografías: hasta 2 (dos) estudios del conjunto de las determinaciones abajo citadas por beneficiario por año de contrato, estos estudios hacen referencia solamente a su forma convencional.

- 2.1.1.1. Ginecológicas
- 2.1.1.2. Transvaginal
- 2.1.1.3. Abdominal completo
- 2.1.1.4. Abdominal Superior
- 2.1.1.5. Abdominal Inferior
- 2.1.1.6. Hígado
- 2.1.1.7. Vesícula y vías biliares
- 2.1.1.8. Renal y vías urinarias
- 2.1.1.9. Prostática
- 2.1.1.10. Pelvis
- 2.1.1.11. Mamaría
- 2.1.1.12. Partes Blandas
- 2.1.1.13. Tiroides

2.2. Papanicolau y Colposcopia

Hasta 2 (dos) veces por año de contrato y por beneficiario

2.3. Otros Estudios de Diagnósticos

Hasta 2 (dos) estudios del conjunto de las determinaciones citadas por beneficiario por año de contrato, estos estudios hacen referencia solamente a su forma convencional: Cobertura de, uso de sala y equipos en los sanatorios designados según guía médica vigente, medicamentos, contraste y descartables a cargo del paciente.

- 2.3.1. Anoscopia
- 2.3.2. Audiometría
- 2.3.3. Broncoscopia
- 2.3.4. Broncofibroscopia
- 2.3.5. Broncografía
- 2.3.6. Campo Visual
- 2.3.7. Cavum Contrastado
- 2.3.8. Cistoscopia
- 2.3.9. Cistografía
- 2.3.10. Colangiografía Endovenosa
- 2.3.11. Colangiografía Operatoria
- 2.3.12. Colangiografía Post-operatoria
- 2.3.13. Colangiografía Retrógrada simple
- 2.3.14. Colecistografía Oral
- 2.3.15. Colon Contrastado
- 2.3.16. Colon Doble Contraste
- 2.3.17. Colon por Ingestión
- 2.3.18. Colposcopia
- 2.3.19. Curva Tensional
- 2.3.20. Densitometría Ósea
- 2.3.21. Dental Semiseriada
- 2.3.22. Dental Seriada
- 2.3.23. Doppler Vascular Periférico
- 2.3.24. Ecobiometría
- 2.3.25. Ecocardiografía con y sin Doppler B-D
- 2.3.26. Electroencefalograma
- 2.3.27. Endoscopia Nasal
- 2.3.28. Ergometría
- 2.3.29. Esófago, Estomago y Duodeno
- 2.3.30. Espirometría
- 2.3.31. Espinografía
- 2.3.32. Fistulografía
- 2.3.33. Flebografía
- 2.3.34. Galactografía Bilateral s/ placa simple
- 2.3.35. Galactografía Bilateral
- 2.3.36. Mamografía Galactografía c/lado
- 2.3.37. Galactografía s/placa simple 1 lado
- 2.3.38. Holter 24 horas
- 2.3.39. Impedanciometría
- 2.3.40. Intestino Delgado
- 2.3.41. Langiofibroscopia
- 2.3.42. Laringografía Contrastada
- 2.3.43. Laringoscopia
- 2.3.44. Linfografía 2 lados
- 2.3.45. Linfografía cada lado
- 2.3.46. Logoaudiometría
- 2.3.47. Mamografía unilateral
- 2.3.48. Mamografía Bilateral
- 2.3.49. Monitoreo Fetal
- 2.3.50. Otomicroscopia
- 2.3.51. Ortopantomografía
- 2.3.52. Pielografía Ascendente
- 2.3.53. Pielografía Endovenosa
- 2.3.54. Punción Biopsia y/o evacuadora
- 2.3.55. Rectosigmoidoscopia

Los demás servicios especializados que puedan ser realizados en las instituciones disponibles según guía médica vigente, tendrán aranceles preferenciales.



SERVICIOS CON 3. COBERTURA A PARTIR DE LOS 180 DÍAS

MI DOCTOR cubrirá a los 180 días de antigüedad del contrato, hasta 01 (uno) del conjunto de las determinaciones citadas por beneficiario por año de contrato. (Excepto resonancia magnética que será del 50%). No incluye medicamentos, descartables y/o contraste.

3.1. Tomografías simples y Multi-slide (TCMS)

- 3.1.1. Tomografía Axial Computarizada
- 3.1.2. Abdomen completo
- 3.1.3. Abdomen inferior
- 3.1.4. Abdomen superior
- 3.1.5. Cara
- 3.1.6. Columna cervical
- 3.1.7. Columna dorsal
- 3.1.8. Columna lumbar o sacro coxis
- 3.1.9. Cráneo
- 3.1.10. De Miembros superiores e inferiores
- 3.1.11. De Oídos
- 3.1.12. De Órbitas
- 3.1.13. De Partes blandas
- 3.1.14. De Pelvis
- 3.1.15. De Peñasco
- 3.1.16. De Seños Paranasales
- 3.1.17. De Tórax

3.2. Anatomía Patológica:

Biopsias simples de materiales pequeños, medianos y grandes. Se excluye la biopsia extemporánea, por congelamiento, inmunohistoquímico, moleculares, histoanatomopatológicas. Para acceder a este beneficio; el estudio, procedimiento, o cirugía debe/n haber contado con cobertura.

3.3. Resonancia Magnética:

Sin contraste cobertura del 50%.

- 3.3.1. RMN de Cráneo
- 3.3.2. RMN de rodilla
- 3.3.3. RMN DE Columna Cervical
- 3.3.4. RMN de Columna Dorsal
- 3.3.5. RMN de Columna Lumbar
- 3.3.6. RMN de Abdomen Superior
- 3.3.7. RMN de Abdomen Inferior
- 3.3.8. RMN de Hombro
- 3.3.9. RMN de Cadera
- 3.3.10. RMN de pelvis
- 3.3.11. RMN de tobillo
- 3.3.12. RMN de ATM
- 3.3.13. RMN de Codo
- 3.3.14. RMN de Brazo
- 3.3.15. RMN de Encéfalo
- 3.3.16. RMN de Cara
- 3.3.17. RMN de Mediastino
- 3.3.18. RMN de Muñeca
- 3.3.19. RMN de Oído
- 3.3.20. RMN de Orbita
- 3.3.21. RMN de Partes Blandas
- 3.3.22. RMN de Pie
- 3.3.23. RMN de Muslo
- 3.3.24. RMN de Pierna
- 3.3.25. RMN de Senos Paranasales
- 3.3.26. RMN de Hipófisis
- 3.3.27. RMN de Cuello

SERVICIOS CON 4. COBERTURA A PARTIR DE LOS 365 DÍAS

4.1. Internaciones Clínicas

Pensión sanatorial sin cargo y sin costo (según disponibilidad de la zona) en habitación privada con aire acondicionado, televisión, baño privado, cama para acompañante, alimentación normal y una visita por día del médico tratante por 5 (cinco) días por beneficiario por año de contrato.



4.1.1. **Pensión sanatorial:** según ítem 4.1.

4.1.2. **Honorarios del médico tratante 100%**

4.1.3. **Medicamentos y descartables:** hasta la suma de Gs. 400.000 (guaraníes cuatrocientos mil) por beneficiario por evento por año de contrato.

4.1.4 **Interconsulta:** con especialistas solicitados por el médico tratante (una interconsulta por evento)

4.2. Ecografía Salud Fetal

4.2.1. Eco Doppler Obstétrico (100% hasta 1 estudio)

4.2.2. Ecografía Obstétrica (100% hasta 2 estudios)

4.2.3. Monitoreo fetal (100% hasta 1 estudio)

Obs: La cobertura de Maternidad exclusivo para la titular o cónyuge de la titular una vez cumplida la vigencia mínima

5. SERVICIOS CON COBERTURA A PARTIR DE LOS 720 DÍAS

5.1. Intervenciones Quirúrgicas Convencionales según Anexo I:

Se exceptúan las de alta complejidad, afecciones pres-existentes, congénitas, crónicas, inmunológicas.

5.2. Intervenciones con Video laparoscopia según anexo I:

Se exceptúan las de alta complejidad, afecciones pres-existentes, congénitas, crónicas, inmunológica.

5.2.1. **Pensión Sanatorial:** Según ítem 4.1

5.2.2. **Honorarios Médicos 100%:** Honorarios del cirujano, ayudante, instrumentista y anesthesiólogo, con profesionales designados por MI DOCTOR, hasta el monto establecido de acuerdo a la tabla de aranceles de las sociedades médicas.

5.2.3. **Derecho Operatorio 100%:** Los cuales serán brindados en las instituciones sanatoriales designadas oportunamente por MI DOCTOR, se exceptúan las complicaciones.

5.2.4. **Medicamentos y Descartables:** Hasta la suma de Gs 400.000 (guaraníes cuatrocientos mil)

5.2.5. **Interconsulta:** Con especialistas solicitados por el médico tratante (una interconsulta por evento)

5.3. Parto Normal y/o Cesárea:

5.3.1. Internación según ítem 4.1

5.3.2. Luminoterapia 5 (cinco) días

5.3.3. Incubadora 5 (cinco) días

5.3.4. Carpa de oxígeno 5 (cinco) días

5.3.5. Nursery 5 (cinco) días

5.3.6. Derecho operatorio 100%

5.3.7. Honorarios Médicos del Gineco-Obstetra, Ayudante, Pediatra y Anesthesiólogo con profesionales designados por MI DOCTOR o hasta el monto establecido de acuerdo a la tabla de aranceles de las sociedades Médicas

5.3.8. Medicamentos y Descartables hasta la suma de G. 400.000 (guaraníes cuatrocientos mil)



6. SERVICIOS CON COBERTURA DE SEPELIO

En este servicio, el precio contempla sólo al Titular o según prima adicional e incluye:

6.1. Zona Metropolitana

- 6.1.1. Féretro estándar para panteón, con visor, manijas metálicas, lustrado y tapizado
- 6.1.2. Ambulancia para traslado a la empresa que prestará el servicio
- 6.1.3. Preparación del cuerpo y formolización
- 6.1.4. Sala velatorio climatizado o capilla luminosa en su domicilio
- 6.1.5. Servicio de cafetería y gaseosas
- 6.1.6. Servicio de mozo
- 6.1.7. Álbum para registro de asistentes
- 6.1.8. Trámites civiles y municipales
- 6.1.9. Una copia del Certificado de Defunción
- 6.1.10. Tarjeta de agradecimiento
- 6.1.11. Un anuncio en exequias
- 6.1.12. Vehículo ceremonial
- 6.1.13. Asesoramiento y servicio integral

6.2. Zona Interior

Monto fijo de Gs. 3.000.000 (guaraníes tres millones) destinado a los gastos del sepelio. En ambos casos la cobertura es por cada beneficiario del servicio de sepelio indicado y suscripto en la Solicitud de Contratación.

6.3. Vigencia para la cobertura de sepelio

Para tener derecho al usufructo de la Cobertura de Sepelio, el beneficiario debe cumplir con los plazos fijados por MI DOCTOR – que son los siguientes:

- 6.3.1. **0 a 30 años:** 6 meses
- 6.3.2. **31 a 40 años:** 9 meses
- 6.3.3. **41 a 60 años:** 12 meses
- 6.3.4. **61 a 70 años:** 18 meses
- 6.3.5. **71 a 75 años:** 24 meses.

Los beneficiarios que no sean el titular y que deseen gozar de esta cobertura según los términos del presente contrato deberán abonar una prima adicional por sepelio sobre el precio estipulado en el presente contrato.



miDoctor

MEDICINA PREPAGA



Visaciones:
(0986) 67-97-76



Atención al cliente:
(021) 221-123 / (0986) 67-97-71



Encontranos en:
Mcal Estigarribia c/ Estados Unidos 1050
Asunción, Paraguay



[midoctorparaguay](#)



[midoctorparaguay.com](#)