

GUÍA DE **COBERTURA MÉDICA**

PLAN

Ejecutivo





PLAN

Ejecutivo

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

2 (dos) por mes del conjunto por beneficiario por año de contrato.

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

1.2. Consultas con arancel preferencial

- | | | |
|-----------------------|-----------------------|-------------------|
| 1.2.1. Psicología | 1.2.5. Endocrinología | 1.2.9. Neumología |
| 1.2.2. Psiquiatría | 1.2.6. Neurología | |
| 1.2.3. Fonoaudiología | 1.2.7. Diabetología | |
| 1.2.4. Nutricionista | 1.2.8. Reumatología | |

1.3. Servicios de urgencias

- | | |
|---|---|
| 1.3.1. Consulta con médico de guardia (ilimitado) | 1.3.5. Medicamentos y descartables:
Hasta Gs. 50.000 (guaraníes cincuenta mil) por evento, y hasta 3 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 (no incluyen medicamentos y descartables) |

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

2 (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 | |

2. SERVICIOS CON COBERTURA A PARTIR DE 30 DÍAS

2.1. Servicios de Diagnósticos y tratamientos

- 2.1.1. **Electrocardiogramas:** 1 (uno) por beneficiario, por año de contrato.
- 2.1.2. **Radiografías simples:** 2 (dos) posiciones por beneficiario, por año de contrato.

2.2. Servicios de Primeros Auxilios y Procedimientos Menores

- | | |
|--|---|
| 2.2.1. Sutura de herida | 2.2.9. Aplicación de enemol |
| 2.2.2. Drenaje de abscesos y hematomas | 2.2.10. Lavado gástrico |
| 2.2.3. Taponamiento nasal | 2.2.11. Sondaje vesical y nasogástrico |
| 2.2.4. Enyesado simple de miembros | 2.2.12. Extracción de uña encarnada, cuerpos
extraños, quistes sebáceos, lipomas |
| 2.2.5. Curaciones de urgencias | 2.2.13. Sala de procedimiento |
| 2.2.6. Control de HGT | 2.2.14. Medicamentos y descartables hasta
tope indicado en el 1.3.5. |
| 2.2.7. Toma de presión arterial | |
| 2.2.8. Enema evacuador | |

3. SERVICIOS CON COBERTURA A PARTIR DE 60 DÍAS

3.1. Análisis Clínicos Laboratoriales Complementarios y/o Especializados

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

- | | | |
|---------------------------------------|-------------------------------------|---|
| 3.1.1. Asto | 3.1.22. Electrolitos | 3.1.43. Perfil proteico |
| 3.1.2. Albumina | 3.1.23. Examen Micológico fresco | 3.1.44. Potasio |
| 3.1.3. Alfa amilasa | 3.1.24. Fibrinógeno | 3.1.45. Proteína C reactiva cualitativa |
| 3.1.4. Beta HCG cualitativo | 3.1.25. Fosfatasa ácida total | 3.1.46. Proteínas totales (O) |
| 3.1.5. Bilirrubina total, D, I | 3.1.26. Fosfatasa alcalina | 3.1.47. Proteínas totales y fracciones |
| 3.1.6. Calcio | 3.1.27. Fósforo | 3.1.48. Sec. Vaginal Cultivo y ATB |
| 3.1.7. Calcio en orina 24 horas | 3.1.28. Frotis de sangre periférica | 3.1.49. Test del piccito |
| 3.1.8. Citología Tinción de Giemsa | 3.1.29. FTA-abs-ac IGG | 3.1.50. Magnesio |
| 3.1.9. Citoquímico, Líquido Biológico | 3.1.30. FTA-abs-ac IGM | 3.1.51. Coagulograma |
| 3.1.10. Coombs directo | 3.1.31. Gamma GT | 3.1.52. IGG (Inmunoglobulina G) |
| 3.1.11. Coombs indirecto | 3.1.32. GOT | 3.1.53. IGM (Inmunoglobulina M) |
| 3.1.12. Coprocultivo y Antibiograma | 3.1.33. GPT | 3.1.54. IGE Total |
| 3.1.13. Cuerpos cetónicos | 3.1.34. Hemoglobina Glicosilada | 3.1.55. IGA (Inmunoglobulina A) |
| 3.1.14. Cultivo en Aerobiosis | 3.1.35. Heces seriado | 3.1.56. Reticulocitos |
| 3.1.15. Cultivo Anaerobiosis | 3.1.36. Heces Frotis | 3.1.57. Rotavirus |
| 3.1.16. Cultivo para Baar | 3.1.37. Heces PH | 3.1.58. Sustancia Reductoras Benedic |
| 3.1.17. CK Total | 3.1.38. Heterofilos Anticuerpos | 3.1.59. Tiempo de Sangría |
| 3.1.18. CK-MB | 3.1.39. HIV | 3.1.60. TTPA |
| 3.1.19. Cloruros | 3.1.40. Lipasa | 3.1.61. Hierro |
| 3.1.20. Espudo Frotis p/ Baar | 3.1.41. Secreción vaginal, frotis | 3.1.62. Hematocrito |
| 3.1.21. Espudo Cultivo p/ Baar | 3.1.42. Orina Cultivo (urocultivo) | 3.1.63. Hemoglobina |



3.2. Servicios de Diagnósticos e Imágenes

3.2.1 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.

- 3.2.1.1. Abdomen Completo
- 3.2.1.2. Ginecológicas
- 3.2.1.3. Transvaginales
- 3.2.1.4. Abdominal superior
- 3.2.1.5. Abdominal inferior
- 3.2.1.6. Hígado, vesícula y vías biliares
- 3.2.1.7. Prostática
- 3.2.1.8. Pelvis
- 3.2.1.9. Mamaria
- 3.2.1.10. Renal
- 3.2.1.11. Pancreática

3.3. Papanicolau y Colposcopia

Hasta 1 (uno) por año de contrato y por beneficiario

3.4. Otros Estudios de Diagnósticos

Hasta 2 (dos) estudio 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. Anestesiista, Medicamentos, contraste y descartables a cargo del paciente.

- 3.4.1. Anoscopia
- 3.4.2. Audiometría
- 3.4.3. Broncoscopia
- 3.4.4. Broncofibroscopia
- 3.4.5. Broncografía
- 3.4.6. Campo Visual
- 3.4.7. Cavum Contrastado
- 3.4.8. Cistoscopia
- 3.4.9. Cistografía
- 3.4.10. Colangiografía Endovenosa
- 3.4.11. Colangiografía Operatoria
- 3.4.12. Colangiografía Post-operatoria
- 3.4.13. Colangiografía Retrógrada
- 3.4.14. Colecistografía Oral
- 3.4.15. Colon Contrastado
- 3.4.16. Colon Doble Contraste
- 3.4.17. Colon por Ingestión
- 3.4.18. Colposcopia
- 3.4.19. Curva Tensional
- 3.4.20. Densitometría Ósea
- 3.4.21. Dental Semiseriada
- 3.4.22. Dental Seriada
- 3.4.23. Doppler Vascular Periférico
- 3.4.24. Ecobiometría
- 3.4.25. Ecocardiografía c/ Doppler
- 3.4.26. Electroencefalograma
- 3.4.27. Endoscopia Nasal
- 3.4.28. Ergometría
- 3.4.29. Esófago, Estomago y Duodeno
- 3.4.30. Espirometría
- 3.4.31. Espinografía
- 3.4.32. Fistulografía
- 3.4.33. Flebografía
- 3.4.34. Galactografía Bilateral sin placa
- 3.4.35. Galactografía Bilateral previa
- 3.4.36. Mamografía Galactografía c/lado con
- 3.4.37. Galactografía s/placa simple 1 lado
- 3.4.38. Holter 24 horas
- 3.4.39. Impedanciometría
- 3.4.40. Intestino Delgado
- 3.4.41. Laringofibroscopia
- 3.4.42. Laringografía Contrastada
- 3.4.43. Laringoscopia
- 3.4.44. Linfografía 2 lados
- 3.4.45. Linfografía cada lado
- 3.4.46. Logaudiometría
- 3.4.47. Mamografía unilateral
- 3.4.48. Mamografía Bilateral
- 3.4.49. Monitoreo Fetal
- 3.4.50. Otomicroscopia
- 3.4.51. Ortopantomografía
- 3.4.52. Pielografía Ascendente
- 3.4.53. Pielografía Endovenosa o Riñón contrastada
- 3.4.54. Punción Biopsia y/o evacuadora
- 3.4.55. Rectosigmoidoscopia

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



4. SERVICIOS CON COBERTURA A PARTIR DE 1 AÑO

4.1. Internaciones Clínicas

Pensión sanatorial sin cargo (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 3 (tres) días por beneficiario por año de contrato.

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

4.1.2. **Honorarios profesionales:** del médico tratante, una visita por día.

4.1.3. **Medicamentos y descartables:** hasta la suma de Gs. 200.000 (guaraníes doscientos mil) por beneficiario por evento por año de contrato.

5. SERVICIOS CON COBERTURA DE SEPELIO

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

5.1. Zona Metropolitana

5.1.1. Féretro estándar para panteón, con visor, manijas metálicas, lustrado y tapizado

5.1.2. Ambulancia para traslado a la empresa que prestará el servicio

5.1.3. Preparación del cuerpo y formolización

5.1.4. Sala velatorio climatizado o capilla luminosa en su domicilio

5.1.5. Servicio de cafetería y gaseosas

5.1.6. Servicio de mozo

5.1.7. Álbum para registro de asistentes

5.1.8. Trámites civiles y municipales

5.1.9. Una copia del Certificado de Defunción

5.1.10. Tarjeta de agradecimiento

5.1.11. Un anuncio en exequias

5.1.12. Vehículo ceremonial

5.1.13. Asesoramiento y servicio integral

5.2. 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.

5.3. 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:

5.3.1. **0 a 30 años:** 6 meses

5.3.2. **31 a 40 años:** 9 meses

5.3.3. **41 a 60 años:** 12 meses

5.3.4. **61 a 70 años:** 18 meses

5.3.5. **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](#)