

**SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD****PRIMA DE MATERNIDAD**

Versión : 04
Código : F-AM-08
Fecha : 01/04/2025
Página 1 de 4

Entre la ORGANIZACIÓN DE ASISTENCIA MEDICA INTEGRAL (OAMI S.A.) representada en este acto por _____ con C.I. N° _____, constituyendo domicilio en la casa de la calle Mcal. López N° 722 y Rca. Francesa, por una parte; y por la otra el/la Titular Señor/a _____ con C.I. N° _____ domiciliado en _____, convienen suscribir el presente Anexo de Prima de Maternidad que se regirá por las siguientes cláusulas:

PRIMERA: Las partes reconocen que en fecha _____, suscribieron el Contrato de Servicio de Salud N° _____ y que el presente Anexo guarda relación con el mismo y tiene por objeto instituir una Prima para la compra del Paquete de cobertura por Maternidad a favor de la adherente _____.

La Prima de Maternidad es un paquete de cobertura para un evento exclusivo, destinado a las adherentes que no poseen cobertura para el parto en su Plan de Salud. Este paquete de servicios no transfiere derechos de antigüedad ni cobertura al Recién Nacido. Al momento de adquirir el Paquete de Cobertura de Maternidad a través del pago de la prima, no se considera el Plan contratado como un Plan con cobertura de maternidad.

SEGUNDA: Consecuentemente las partes acuerdan el paquete de cobertura por maternidad mediante el pago de la prima establecida en el presente Anexo, estableciéndose que la cobertura de OAMI es taxativa y se limita únicamente a los procedimientos y estudios enumerados en la siguiente cláusula.

TERCERA: Se acuerda la siguiente cobertura por maternidad:




SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD

PRIMA DE MATERNIDAD

Versión : 04
 Código : F-AM-08
 Fecha : 01/04/2025
 Página 2 de 4

COBERTURA AMBULATORIAL		COBERTURA SANATORIAL	
Servicios	Límites	Servicios	Límites
Consulta con ginecólogo	Cobertura total con prestadores	Cirujano	100%
Consulta médica de chequeo preoperatorio	1 (uno)	Ayudante	100%
Ecografía Obstétrica	3 (tres)	Instrumentador	100%
Ecografía Transvaginal	1 (uno)	Anestesia	100%
Monitoreo fetal	1 (uno)	Recibimiento de RN por pediatra	100%
Perfil biofísico	1 (uno)	Asistencia de Hematólogo	100%
Marcadores cromosómicos	1 (uno)	Derecho Operatorio	100%
Ecografía Morfológica	1 (uno)	Pensión en sala	Hasta 3 días
Eco Doppler fetal	1 (uno)	Nursery por día	Hasta 3 días
Estudios laboratoriales:	De acuerdo al límite establecido en el anexo del Plan Individual elegido.	Equipo de monitor fetal en la internación:	1 (uno)
Test del piccito: TSH, T3, T4, Fenilalanina, IRT, Galactosemia, Tipificación.	1 (uno)	Medicamentos y descartables:	1.500.000 Gs.

	SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	Versión : 04 Código : F-AM-08 Fecha : 01/04/2025 Página 3 de 4
	PRIMA DE MATERNIDAD	

CUARTA: Queda expresamente establecido que la cobertura contemplada en este Anexo para el evento quirúrgico será utilizada en el Sanatorio _____ o _____ o _____. La cobertura ambulatorial detallada en este Anexo deberá ser utilizada con los profesionales e institutos que integren la Guía de Prestadores de OAMI S.A.

QUINTA: El/la Titular se obliga a pagar a OAMI S.A., por la cobertura pactada en este Anexo:

- Al contado de Gs. (guaraníes
- Una Entrega de Gs. (guaraníes.....) y (...) pagos mensuales y consecutivos pagaderos por Mes Adelantado, del 1º al 15 de cada mes de Gs. _____ (Guaraníes _____)
- (.....) pagos mensuales y consecutivos pagaderos por Mes Adelantado, del 1º al 15 de cada mes de Gs. _____ (Guaraníes _____)

importe que incluye el IVA. La emisión de cobertura estará sujeta al pago al día de las cuotas mensuales y para el evento quirúrgico el pago total de las cuotas establecidas.-----

SEXTA: Queda expresamente indicado que este Anexo no contempla cobertura por prematuridad o Terapia intensiva neonatal, internaciones por amenaza de aborto o parto prematuro. Tampoco las posibles complicaciones que el recién nacido pueda tener con posterioridad al parto. Al configurarse la cobertura descrita en el Art. 3 de este anexo, si el Recién Nacido ingresa como beneficiario en el Plan de la madre, queda sujeto las carencias y coberturas estipuladas en el Plan de Salud.-----

SEPTIMA: El presente Anexo se extinguirá automáticamente una vez verificado el evento y utilizada la cobertura pactada. Si el evento no llegara a término por motivos ajenos a la voluntad de las partes o si el embarazo fuere interrumpido por prescripción médica, ello no dará derecho al reembolso de las cuotas ya pagadas.-----

En señal de conformidad suscriben el presente Anexo en dos ejemplares de un mismo tenor y a un sólo efecto en la Ciudad de Asunción capital de la República del Paraguay a los ____ días del mes de _____ de _____.



SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD

PRIMA DE MATERNIDAD

Versión : 04
Código : F-AM-08
Fecha : 01/04/2025
Página 4 de 4

Firma del Representante p/OAMI S.A.

Aclaración:

Firma del Titular

Aclaración:

C.I. Nº: