

**SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD****COBERTURA AMBULATORIAL DE EMBARAZO**

Versión : 04
Código : F-AM-09
Fecha : 01/04/2025
Página 1 de 3

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 Cobertura Ambulatorial de Embarazo que se registrá 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 ambulatorial de embarazo a favor de la adherente _____.

La Prima Cobertura Ambulatorial de Embarazo es un paquete de cobertura para un evento exclusivo, destinado a las adherentes que no poseen cobertura de maternidad 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 Ambulatorial de Embarazo 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 ambulatorial de embarazo mediante el pago de la prima instituida en el presente Anexo, estableciéndose que la cobertura de OAMI S.A. es taxativa y se limita únicamente a los procedimientos y estudios enumerados en la siguiente cláusula, realizados por los profesionales e institutos que integren la Guía de Prestadores de OAMI S.A.

TERCERA: Se acuerda la siguiente cobertura ambulatorial de embarazo.

**SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD****COBERTURA AMBULATORIAL DE EMBARAZO**

Versión : 04
Código : F-AM-09
Fecha : 01/04/2025
Página 2 de 3

COBERTURA AMBULATORIAL	
Servicios	Límites
Consulta con ginecólogo	Cobertura total con prestadores
Consulta médica de chequeo preoperatorio	1 (uno)
Ecografía Obstétrica	3 (tres)
Ecografía Transvaginal	1 (uno)
Monitoreo fetal	1 (uno)
Perfil biofísico	1 (uno)
Marcadores cromosómicos	1 (uno)
Ecografía Morfológica	1 (uno)
Eco Doppler fetal	1 (uno)
Estudios laboratoriales:	De acuerdo al límite establecido en el anexo del Plan Individual elegido.
Test del piecito: TSH, T3, T4, Fenilalanina, IRT, Galactosemia, Tipificación.	1 (uno)

CUARTA: 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.-----

QUINTA: Queda expresamente indicado que al producirse el parto este anexo se extinguirá automáticamente. 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.-----

SEXTA: 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

COBERTURA AMBULATORIAL DE EMBARAZO

Versión : 04
Código : F-AM-09
Fecha : 01/04/2025
Página 3 de 3

Firma del Representante p/OAMI S.A.

Aclaración:

Firma del Titular

Aclaración:

C.I. Nº: