

Prevención
Salud

A1

Planificá tu bienestar



Anexo de cobertura servicios de Salud: **Plan A1**

PRESTADORES SEGÚN CARTILLA | SIN COPAGOS | HABITACIÓN COMPARTIDA

COBERTURA AMBULATORIA	COBERTURA	MODALIDAD OPERATIVA
Consultas médicas	ST / SL / SC	Sin Autorización previa
Consultas médicas a domicilio	ST / SL / CC \$100	
Emergencias médicas	ST / SL / SC	
Prácticas de Laboratorio	ST / SL / SC	
Radiología	ST / SL / SC	
Ecografías Nomencladas	ST / SL / SC	
Tomografías Nomencladas	ST / SL / SC	
Kinesiología - Fisioterapia	25 sesiones	
Fonoaudiología	25 sesiones	
Resonancias Nomencladas	ST / SL / SC	
Mamografías Nomencladas	ST / SL / SC	
Cámara Gamma	ST / SL / SC	Con Autorización previa
Densitometría Ósea	ST / SL / SC	
Material radioactivo	100%	
Material de contraste	40%	
Estudios genéticos	100%	
Cirugía ambulatoria	ST / SL / SC	

COBERTURA EN INTERNACIÓN	COBERTURA	MODALIDAD OPERATIVA
Internación Clínica	ST / SL / SC	Sin Autorización previa
Internación Quirúrgica de Urgencia	ST / SL / SC	
Internación Quirúrgica Programada	ST / SL / SC	
Gastos Quirúrgicos	ST / SL / SC	Con Autorización previa
Honorarios Quirúrgicos	ST / SL / SC	
Unidad de Terapia Intensiva y Unidad Coronaria	ST / SL / SC	
Neonatología	ST / SL / SC	
Pediatría	ST / SL / SC	
Maternidad	ST / SL / SC	
Hemodinamia y Cirugía Cardiovascular · Incluye Embolizaciones	ST / SL / SC	
Material descartable	100%	
Material radioactivo	100%	
Material de contraste	100%	

MEDICAMENTOS	COBERTURA	MODALIDAD OPERATIVA
Descuento en farmacias adheridas	40%	Con presentación de credencial y prescripción médica
En prácticas ambulatorias	40%	
En internación	100%	Sin Autorización previa
Vacunas supra P.M.O.	40%	Con presentación de credencial y prescripción médica
Medicamentos de baja incidencia y alto costo	100%	Con Autorización previa
Plan Materno Infantil · Incluye vacunas, medicamentos y leches medicamentosas	100%	Con presentación de credencial y prescripción médica, previa habilitación de P.M.I.
Medicamentos Oncológicos	100%	Con presentación de credencial, prescripción médica y planilla de tto prolongado
Medicamentos Inmunosupresores	100%	
Medicamentos para HIV	100%	
Medicamentos crónicos	70%	



Anexo de cobertura servicios de Salud: **Plan A1**

PRESTADORES SEGÚN CARTILLA | SIN COPAGOS | HABITACIÓN COMPARTIDA

ODONTOLOGÍA	COBERTURA	MODALIDAD OPERATIVA
Consultas y urgencias	ST / SL / SC	Sin Autorización previa
Odontología General	ST / SL / SC	
Ortodoncia	Por reintegro. Entre 5 y 8 años. Con una antigüedad mínima de 12 meses. Tope \$2.921	

SALUD MENTAL	COBERTURA	MODALIDAD OPERATIVA
Consultas (Psiquiatría y Psicología). Incluye psicodiagnóstico	Hasta 30 sesiones / CC \$160	Sin Autorización previa
Internación psiquiátrica	Hasta 30 días / SC	Con Autorización previa

ÓPTICA	COBERTURA	MODALIDAD OPERATIVA
Cristales comunes blancos	\$330	Por reintegro
Armazón	\$246	

PRESTACIONES ADICIONALES	COBERTURA	MODALIDAD OPERATIVA
Hemodiálisis	SC / según PMO	Con Autorización previa
Trasplantes	SC / según PMO	
Prótesis e Implantes nacionales	SC / según PMO	
Discapacidad	SC / según PMO	
Nutrición	CT / CL	
Alergia	CT / CL	
Ortesis	SC / 50%	
Litotricia renal	SC / ST / SL	
Acelerador lineal	SC / ST / SL	
Radio cobaltoterapia	SC / ST / SL	
Ortopedia (Calzado Ortopédico y plantillas)	Por reintegro un par de calzado o 2 pares de plantillas. \$742	Por reintegro
Otoamplifonos	100% Hasta 15 años	Con Autorización previa
DIU sin Liberación Hormonal	1 cada 5 años	
Fertilización Asistida	SC / según PMO	Por reintegro, excepto que sea provisto por profesionales de instituciones contratadas
Curso de psicoproflaxis	Hasta \$542	
Subsidio para sepelio para titular o cónyuge	\$ 2.500	Por reintegro
Seguro de continuidad	3 meses ante el fallecimiento del titular	-
Indemnización por gastos médicos (IGM)	\$1500 / \$2000 / \$5000 según nomenclador	Por reintegro
Cobertura en el territorio de la República Argentina	Cobertura Nacional sin red propia	-

SC: Sin Copago / CC: Con Copago / ST: Sin Tope / CT: Con Tope / SL: Sin Límite / CL: Con Límite / PMO: Programa Médico Obligatorio

Consideraciones generales:

Toda práctica, atención o prolongación de cobertura en cualquiera de los servicios que no este específicamente contemplado en su plan, esta excluida y a cargo del afiliado. Este Plan de Salud incluye la cobertura que conforma el Programa Médico Obligatorio de acuerdo a la disposición contenida en la Resolución N° 201/02 y aquellas que la Superintendencia de Salud defina en un futuro.

Condiciones en el uso de los servicios:

Las condiciones en el uso de los servicios son reguladas por normas establecidas por la autoridad de Prevención Salud S.A. de acuerdo a la Resolución N° 201/02 y sus modificaciones, y por las normas que dicte en el futuro la autoridad competente (Superintendencia de Servicios de Salud), que los implementará en la forma que estime conveniente, siendo las mismas obligatorias para la totalidad de los afiliados y de cumplimiento obligatorio en todas sus partes. En consecuencia, el afiliado firmante declara conocer y aceptar expresamente las normas, limitaciones y reconocimientos y/o planes de cobertura vigentes a la fecha y se obliga a notificarse de cualquier modificación que efectúe Prevención Salud S.A. conforme al reglamento respectivo. El afiliado recibe de conformidad en este acto copia del formulario de reconocimiento.