

Prevención
Salud

A con
Copago

Planificá tu bienestar

Anexo de cobertura servicios de Salud: **Plan A con Copago**

PRESTADORES SEGÚN CARTILLA | CON COPAGOS | HABITACIÓN COMPARTIDA

| COBERTURA AMBULATORIA | COBERTURA | MODALIDAD OPERATIVA |
|--|-----------------------|-------------------------|
| Consultas médicas | ST / SL / CC \$80 | 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 / CC \$50 | |
| Ecografías Nomencladas | ST / SL / CC \$50 | |
| Tomografías Nomencladas | ST / SL / CC \$75 | |
| Estudios de Gastroenterología, Cardiología, Neumonología y ORL | ST / SL / CC \$50 | |
| Estudios de Oftalmología | ST / SL / CC \$50 | |
| Anatomía Patológica | ST / SL / CC \$50 | |
| Kinesiología - Fisioterapia | 25 sesiones / CC \$25 | |
| Fonoaudiología | 25 sesiones / CC \$25 | |
| Resonancias Nomencladas | ST / SL / CC \$200 | |
| Mamografías Nomencladas | ST / SL / CC \$40 | |
| Cámara Gamma | ST / SL / CC \$200 | Con Autorización previa |
| Densitometría Ósea | ST / SL / CC \$200 | |
| Material radioactivo | 100% | |
| Material de contraste | 40% | |
| Estudios genéticos | 100% | |
| Cirugía ambulatoria | ST / SL | |

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

PRESTADORES SEGÚN CARTILLA | CON COPAGOS | HABITACIÓN COMPARTIDA

| ODONTOLOGÍA | COBERTURA | MODALIDAD OPERATIVA |
|-----------------------|-------------------|-------------------------|
| Consultas y urgencias | ST / SL / SC \$50 | Sin Autorización previa |
| Odontología General | ST / SL / CC \$50 | |

| SALUD MENTAL | COBERTURA | MODALIDAD OPERATIVA |
|--|------------------------------|-------------------------|
| Consultas (Psiquiatría y Psicología). Incluye psicodiagnóstico | Hasta 30 sesiones / CC \$160 | Sin Autorización previa |
| Internación psiquiátrica | Hasta 30 días | 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 / CC \$50 | |
| Alergia | CT / CL / CC \$50 | |
| Ortesis | SC / 50% | |
| Litotricia renal | SC / ST / SL | |
| Acelerador lineal | SC / ST / SL | |
| Radio cobaltoterapia | SC / ST / SL | |
| Otoamplifonos | 100% Hasta 15 años | Con Autorización previa |
| DIU sin liberación hormonal | 1 cada 5 años | |
| Fertilización asistida | Según PMO | |
| Curso de psicoprofilaxis | Hasta \$432 | Por reintegro, excepto que sea provisto por profesionales de instituciones contratadas |
| Seguro de continuidad | 3 meses ante el fallecimiento del titular | Con Autorización previa |
| Cobertura en el territorio de la Republica 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.