

# Prevención Salud

de SANCOR SEGUROS



**Prevención Salud** nace en el 2014 con el respaldo que brinda pertenecer al **Grupo Sancor Seguros**, líder en la República Argentina con 70 años de trayectoria y creciente expansión internacional.

La **innovación**, característica diferencial de todas las empresas del Grupo, está en nuestro ADN y la aplicamos a nuestras coberturas.

Estamos comprometidos con la **calidad** y la **eficiencia** de nuestra prestación. La **atención personalizada** y una marcada **vocación de servicio** con orientación al afiliado forman parte de nuestra filosofía de trabajo.

# Prevención Salud

de SANCOR SEGUROS



---

# PREVENCIÓN SALUD EN NÚMEROS

# EN NÚMEROS



**3.864**

**CLÍNICAS Y  
SANATORIOS**



**108.776**

**PROFESIONALES**



**5.464**

**FARMACIAS**



**160.000**

**AFILIADOS**



ORGANIZACIÓN **COUYET S.A.**  
Productores y Asesores de Seguros

Coberturas



# NUESTROS PLANES MÉDICOS



**Plan A1**

**Plan A4**

**Plan A2**

**Plan A5**

**Plan A3**

**Plan A6**

**Plan A<sup>Con copago</sup>**

**Plan Joven**

Contamos con una variedad de Planes Médicos pensados para adaptarse a las exigencias, expectativas y posibilidades económicas de cada afiliado.

Nuestras coberturas, de alcance nacional, fueron especialmente desarrolladas para satisfacer todas las necesidades de una persona en materia de salud.

# Plan A1

Este plan cuenta con una cobertura esencial a precio conveniente. La cartilla es cerrada, por lo tanto, tenés que recurrir a los prestadores que allí se indican.

Con A1 las prótesis nacionales cuentan con una cobertura del 100%. Estamos las 24 horas, a tu lado y en tus pantallas, por eso contás con nuestro servicio de Consultorio Médico Virtual, una consulta con un médico a través de una videollamada.



## Conocé las características generales de este Plan:

COBERTURA AMBULATORIA	COBERTURA
Consultas con Médicos Clínicos y Especialistas	ST / SL
Consultas a Domicilio	ST / SL / CC
Emergencias Médicas	ST / SL
Prácticas de Laboratorio	ST / SL
Estudios y Prácticas de Diagnóstico y Tratamiento ( <i>Radiología, Ecografía, Resonancias, Tomografías, entre otras</i> )	ST / SL
Kinesiología · Fisioterapia	25 sesiones
Fonoaudiología	25 sesiones
Material Radioactivo	100%
Material de Contraste	40%

MEDICAMENTOS	COBERTURA
Medicamentos Ambulatorios ( <i>descuentos en farmacias adheridas</i> )	40%
Vacunas	Según Vademécum
Medicamentos Crónicos (Res. 310)	70%
Medicamentos en Internación	100%
Medicamentos y Vacunas del Plan Materno Infantil	100% Según Vademécum
Medicamentos Oncológicos - HIV	100%
Medicamentos Inmunosupresores	100%

COBERTURA EN INTERNACIÓN	COBERTURA
Tipo de Habitación	Compartida
Internación Clínica y/o Quirúrgica	ST / SL
Especializada ( <i>Unidad de Terapia Intensiva, Unidad Coronaria, Neonatología, Pediatría, Maternidad</i> )	ST / SL
Hemodinamia y Cirugía Cardiovascular	ST / SL
Material Descartable	100%
Material Radioactivo y de Contraste	100%

PLAN MATERNO INFANTIL	COBERTURA
Cobertura durante el Embarazo y para el recién nacido hasta el 1er. año de vida	100%

ODONTOLOGÍA	COBERTURA
Consultas y Urgencias	ST / SL
Odontología General	ST / SL
Ortodoncia	Entre 5 y 18 años de edad por única vez. Solo por reintegro. CT con una antigüedad mínima de 12 meses.

## Además incluye las siguientes coberturas:

PRESTACIONES ESPECIALES	COBERTURA
Hemodiálisis	100%
Trasplantes	100%
Prótesis e Implantes según PMO	100%
Órtesis según PMO	Por reintegro
Ortopedia ( <i>plantilla y calzado ortopédico</i> )	Por reintegro
DIU	1 cada 5 años
Alergia	CT / CL
Nutrición	100% CT / CL

SALUD MENTAL	COBERTURA
Consultas ( <i>Psiquiatría y Psicología</i> )	Hasta 30 sesiones / CC
Internación Psiquiátrica	Hasta 30 días

ÓPTICA	COBERTURA
Cristales Estándar	Por reintegro
Armazón	Por reintegro

BENEFICIOS ESPECIALES
<b>Seguro de Continuidad</b> El grupo familiar cuenta con cobertura sin cargo durante 3 meses, en caso de fallecimiento del titular.
<b>Seguro de Sepelio</b> Subsidio para gastos de sepelio ante fallecimiento del titular o cónyuge.
<b>Servicio de Asistencia al Viajero</b> Cobertura Nacional con red propia.
<b>Consultorio Médico Virtual</b> Atención médica en tu celular las 24hs los 365 días del año.
<b>Óptica digital</b> Comprá tus lentes recetados, de contacto y de sol desde cualquier dispositivo, al mejor precio y recibilos en tu casa, sin costos de envío.

## NOTAS Y REFERENCIAS

SC: Sin Copago

CC: Con Copago

ST: Sin Tope

CT: Con Tope

SL: Sin Límite

CL: Con Límite

El plan de cobertura es de tipo "cerrado", es decir, sus beneficiarios solo podrán utilizar libremente los prestadores que formen parte de su Cartilla.

Las prestaciones serán cubiertas con los alcances, extensiones y límites previstos en el Programa Médico Obligatorio (PMO), salvo en los casos que se indique expresamente lo contrario.

Los montos de copago y reintegro pueden consultarse en nuestra web: [www.prevencionsalud.com.ar](http://www.prevencionsalud.com.ar) Los valores de reintegro son por año calendario, no acumulables y según normas Prevención Salud.

Los valores de reintegro son por persona, año calendario y no acumulables, de acuerdo al valor individual de la prestación realizada.



# Plan A2

## Conocé las características generales de este Plan:

COBERTURA AMBULATORIA	COBERTURA	REINT.
Consultas con Médicos Clínicos y Especialistas	ST / SL	SI
Consultas a Domicilio	ST / SL / CC	SI
Emergencias Médicas	ST / SL	NO
Prácticas de Laboratorio	ST / SL	SI
Estudios y Prácticas de Diagnóstico y Tratamiento (Radiología, Ecografía, Resonancias, Tomografías, entre otras)	ST / SL	SI
Kinesiología · Fisioterapia	30 sesiones	SI
Fonoaudiología	30 sesiones	SI
Material Radioactivo	100%	SI
Material de Contraste	40%	SI

MEDICAMENTOS	COBERTURA	REINT.
Medicamentos Ambulatorios (descuentos en farmacias adheridas)	40%	SI
Vacunas	Según Vademécum	SI
Medicamentos Crónicos (Res. 310)	70%	SI
Medicamentos en Internación	100%	SI
Medicamentos y Vacunas del Plan Materno Infantil	100% Según Vademécum	NO
Medicamentos Oncológicos · HIV	100%	NO
Medicamentos Inmunosupresores	100%	NO

COBERTURA EN INTERNACIÓN	COBERTURA	REINT.
Tipo de Habitación	Individual	SI
Internación Clínica y/o Quirúrgica	ST / SL	SI
Especializada (Unidad de Terapia Intensiva, Unidad Coronaria, Neonatología, Pediatría, Maternidad)	ST / SL	SI
Hemodinamia y Cirugía Cardiovascular	ST / SL	SI
Material Descartable	100%	SI
Material Radioactivo y de Contraste	100%	SI

PLAN MATERNO INFANTIL	COBERTURA	REINT.
Cobertura durante el Embarazo y para el recién nacido hasta el 1er. año de vida	100%	SI

ODONTOLOGÍA	COBERTURA	REINT.
Consultas y Urgencias	ST / SL	SI
Odontología General	ST / SL	SI
Prótesis	CT / CL con una antigüedad mínima de 12 meses.	SI
Ortopedia maxilar y ortodoncia	Entre 5 y 35 años por única vez, a valores de reintegro CT, con una antigüedad mínima de 12 meses.	SI
Ortodoncia prestacional	100% de cobertura hasta 30 años, por única vez, en prestadores designados por Prevención Salud según cartilla, con una antigüedad mínima de 12 meses.	SI

## Además incluye las siguientes coberturas:

PRESTACIONES ESPECIALES	COBERTURA	REINT.
Hemodiálisis	100%	NO
Trasplantes	100%	NO
Prótesis e Implantes según PMO	100%	SI
Órtesis según PMO	Por reintegro	SI
Yeso Plástico	100%	SI
Ortopedia (plantilla y calzado ortopédico)	Por reintegro	SI
DIU	1 cada 5 años	NO
Alergia	CT / CL	SI
Vacunas de alergia	Por reintegro	SI
Nutrición	100% CT / CL	SI

SALUD MENTAL	COBERTURA	REINT.
Consultas (Psiquiatría y Psicología)	Hasta 30 sesiones / CC	SI
Internación Psiquiátrica	Hasta 30 días	NO

ÓPTICA	COBERTURA	REINT.
Cristales Estándar	Por reintegro anual	SI
Cristales Bifocales	Por reintegro anual	SI
Lentes de Contacto	Por reintegro anual	SI
Armazón	Por reintegro anual	SI
Cirugía Refractiva	50% por única vez con una antigüedad mínima de 18 meses	SI

BENEFICIOS ESPECIALES
<b>Seguro de Continuidad</b> El grupo familiar cuenta con cobertura sin cargo durante 3 meses, en caso de fallecimiento del titular.
<b>Seguro de Sepelio</b> Subsidio para gastos de sepelio ante fallecimiento del titular o cónyuge.
<b>Servicio de Asistencia al Viajero</b> Cobertura Nacional con red propia y en países limítrofes.
<b>Consultorio Médico Virtual</b> Atención médica en tu celular las 24hs los 365 días del año.
<b>Óptica digital</b> Comprá tus lentes recetados, de contacto y de sol desde cualquier dispositivo, al mejor precio y recibilos en tu casa, sin costos de envío.

## NOTAS Y REFERENCIAS

SC: Sin Copago    CC: Con Copago    ST: Sin Tope    CT: Con Tope    SL: Sin Límite    CL: Con Límite    REINT: Reintegro

El plan de cobertura es de tipo "abierto", es decir, sus beneficiarios podrán solicitar el reintegro correspondiente ante la realización de una práctica con prestadores que no formen parte de su Cartilla.

Las prestaciones serán cubiertas con los alcances, extensiones y límites previstos en el Programa Médico Obligatorio (PMO), salvo en los casos que se indique expresamente lo contrario.

Los montos de copago y reintegro pueden consultarse en nuestra web: [www.prevencionalud.com.ar](http://www.prevencionalud.com.ar) Los reintegros están sujetos al valor del plan y son por año calendario, no acumulables y según normas de Prevención Salud. Pueden solicitarse únicamente cuando fuera realizado con prestadores/profesionales que no formen parte de la cartilla médica.

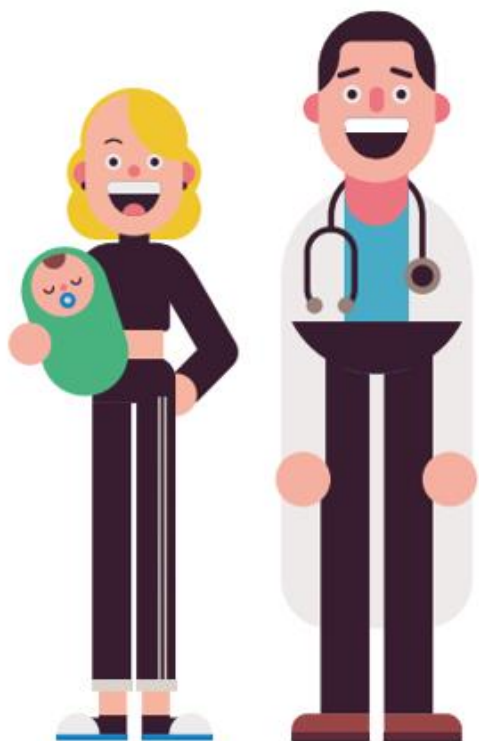
En óptica se reconoce por año un par de cristales estándar o bifocales y un par de lentes de contacto.





# Plan A3

Con este plan podés acceder a una mayor cobertura en prótesis importadas. También contás con una cobertura del 40% en un vademécum más amplio. Te brindamos el servicio de ecografías 3D y 4D. Este plan incluye cobertura en flebología y una cobertura del 100% en cirugía refractiva.



## Conocé las características generales de este Plan:

COBERTURA AMBULATORIA	COBERTURA	REINT.
Consultas con Médicos Clínicos y Especialistas	ST / SL	SI
Consultas a Domicilio	ST / SL / CC	SI
Emergencias Médicas	ST / SL	NO
Prácticas de Laboratorio	ST / SL	SI
Estudios y Prácticas de Diagnóstico y Tratamiento (Radiología, Ecografía, Resonancias, Tomografías, entre otras)	ST / SL	SI
Kinesiología - Fisioterapia	35 sesiones	SI
Fonoaudiología	35 sesiones	SI
Material Radioactivo	100%	SI
Material de Contraste	40%	SI

MEDICAMENTOS	COBERTURA	REINT.
Medicamentos Ambulatorios (descuentos en farmacias adheridas)	40%	SI
Vacunas	Según Vademécum	SI
Medicamentos Crónicos (Res. 310)	70%	SI
Medicamentos en Internación	100%	SI
Medicamentos y Vacunas del Plan Materno Infantil	100% Según Vademécum	NO
Medicamentos Oncológicos - HIV	100%	NO
Medicamentos Inmunosupresores	100%	NO

COBERTURA EN INTERNACIÓN	COBERTURA	REINT.
Tipo de Habitación	Individual	SI
Internación Clínica y/o Quirúrgica	ST / SL	SI
Especializada (Unidad de Terapia Intensiva, Unidad Coronaria, Neonatología, Pediatría, Maternidad)	ST / SL	SI
Hemodinamia y Cirugía Cardiovascular	ST / SL	SI
Material Descartable	100%	SI
Material Radioactivo y de Contraste	100%	SI

PLAN MATERNO INFANTIL	COBERTURA	REINT.
Cobertura durante el Embarazo y para el recién nacido hasta el 1er. año de vida	100%	SI

ODONTOLOGÍA	COBERTURA	REINT.
Consultas y Urgencias	ST / SL	SI
Odontología General	ST / SL	SI
Prótesis	CT / CL con una antigüedad mínima de 12 meses.	SI
Ortopedia maxilar y ortodoncia	Entre 5 y 35 años por única vez, a valores de reintegro CT, con una antigüedad mínima de 6 meses.	SI
Ortodoncia prestacional	100% de cobertura hasta 35 años, por única vez, en prestadores designados por Prevención Salud según cartilla, con una antigüedad mínima de 6 meses.	SI

SALUD MENTAL	COBERTURA	REINT.
Consultas (Psiquiatría y Psicología)	Hasta 30 sesiones / CC	SI
Internación Psiquiátrica	Hasta 30 días	NO

ÓPTICA	COBERTURA	REINT.
Cristales Estándar	Por reintegro anual	SI
Cristales Bifocales	Por reintegro anual	SI
Lentes de Contacto	Por reintegro anual	SI
Armazón	Por reintegro anual	SI
Cirugía Refractiva	100% por única vez con una antigüedad mínima de 18 meses	SI

## NOTAS Y REFERENCIAS

SC: Sin Copago CC: Con Copago ST: Sin Tope CT: Con Tope SL: Sin Límite CL: Con Límite REINT: Reintegro

El plan de cobertura es de tipo "abierto", es decir, sus beneficiarios podrán solicitar el reintegro correspondiente ante la realización de una práctica con prestadores que no formen parte de su Cartilla.

Las prestaciones serán cubiertas con los alcances, extensiones y límites previstos en el Programa Médico Obligatorio (PMO), salvo en los casos que se indique expresamente lo contrario.

## Además incluye las siguientes coberturas:

PRESTACIONES ESPECIALES	COBERTURA	REINT.
Flebología (tratamiento esclerosante de várices)	6 Sesiones	SI
Ecografía 3D o 4D	1 por embarazo desde el 5to. mes	SI
Hemodiálisis	100%	NO
Trasplantes	100%	NO
Prótesis e Implantes según PMO	100%	SI
Órtesis según PMO	Por reintegro	SI
Yeso Plástico	100%	SI
Ortopedia (plantilla y calzado ortopédico)	Por reintegro	SI
DIU	1 cada 5 años	NO
Alergia	CT / CL	SI
Vacunas de alergia	Por reintegro	SI
Nutrición	100% CT / CL	SI

## BENEFICIOS ESPECIALES

**Seguro de Continuidad**  
El grupo familiar cuenta con cobertura sin cargo durante 6 meses, en caso de fallecimiento del titular.

**Seguro de Sepelio**  
Subsidio para gastos de sepelio ante fallecimiento del titular o cónyuge.

**Servicio de Asistencia al Viajero**  
Cobertura Nacional y en países limítrofes.

**Consultorio Médico Virtual**  
Atención médica en tu celular las 24hs los 365 días del año.

**Óptica digital**  
Comprá tus lentes recetados, de contacto y de sol desde cualquier dispositivo, al mejor precio y recibilos en tu casa, sin costos de envío.

Los montos de copago y reintegro pueden consultarse en nuestra web: [www.prevenionsalud.com.ar](http://www.prevenionsalud.com.ar) Los reintegros están sujetos al valor del plan y son por año calendario, no acumulables y según normas de Prevención Salud. Pueden solicitarse únicamente cuando fuera realizada con prestadores/profesionales que no formen parte de la cartilla médica.

En óptica se reconoce por año un par de cristales estándar o bifocales y un par de lentes de contacto.

# Plan A4

Con este plan accedés a una cartilla de prestadores de mayor prestigio a nivel nacional, un amplio vademécum y reintegros superadores. La cobertura en óptica y odontología es superior. 75% de cobertura en prótesis importadas, 100% de cobertura en prótesis nacionales y 100% de cobertura en cirugía refractiva. Con A4 también te ofrecemos una cobertura superadora en fisio-kinesiología. Estamos a tu lado cuando lo necesitás, por eso tu asistencia al viajero funciona a nivel nacional y en países limítrofes.



## Conocé las características generales de este Plan:

COBERTURA AMBULATORIA	COBERTURA	REINT.
Consultas con Médicos Clínicos y Especialistas	ST / SL	SI
Consultas a Domicilio	ST / SL	SI
Emergencias Médicas	ST / SL	NO
Prácticas de Laboratorio	ST / SL	SI
Estudios y Prácticas de Diagnóstico y Tratamiento (Radiología, Ecografía, Resonancias, Tomografías, entre otras)	ST / SL	SI
Kinesiología - Fisioterapia	40 sesiones	SI
Fonoaudiología	40 sesiones	SI
Material Radioactivo y de Contraste	100%	SI

MEDICAMENTOS	COBERTURA	REINT.
Medicamentos Ambulatorios (descuentos en farmacias adheridas)	40%	SI
Vacunas	Según Vademécum	SI
Medicamentos Crónicos (Res. 310)	70%	SI
Medicamentos en Internación	100%	SI
Medicamentos y Vacunas del Plan Materno Infantil	100% Según Vademécum	NO
Medicamentos Oncológicos - HIV	100%	NO
Medicamentos Inmunosupresores	100%	NO

COBERTURA EN INTERNACIÓN	COBERTURA	REINT.
Tipo de Habitación	Individual	SI
Internación Clínica y/o Quirúrgica	ST / SL	SI
Especializada (Unidad de Terapia Intensiva, Unidad Coronaria, Neonatología, Pediatría, Maternidad)	ST / SL	SI
Hemodinamia y Cirugía Cardiovascular	ST / SL	SI
Material Descartable	100%	SI
Material Radioactivo y de Contraste	100%	SI

PLAN MATERNO INFANTIL	COBERTURA	REINT.
Cobertura durante el Embarazo y para el recién nacido hasta el 1er. año de vida	100%	SI

ODONTOLÓGIA	COBERTURA	REINT.
Consultas y Urgencias	ST / SL	SI
Odontología General	ST / SL	SI
Prótesis e Implantes	CT / CL con una antigüedad mínima de 6 meses para prótesis y 12 meses para implantes.	SI
Ortopedia maxilar y ortodoncia	Sin límite de edad por única vez, o valores de reintegro CT, con una antigüedad mínima de 6 meses.	SI
Ortodoncia prestacional	100% de cobertura hasta 35 años, por única vez, en prestadores designados por Prevención Salud según cartilla, con una antigüedad mínima de 6 meses.	SI

## Además incluye las siguientes coberturas:

PRESTACIONES ESPECIALES	COBERTURA	REINT.
Flebología (tratamiento esclerosante de várices)	8 Sesiones	SI
Ecografías 3D o 4D	1 por embarazo desde el 5to. mes	SI
Hemodiálisis	100%	NO
Trasplantes	100%	NO
Prótesis e Implantes según PMO	Por reintegro	SI
Órtesis según PMO	Por reintegro	SI
Yeso Plástico	100%	SI
Ortopedia (plantilla y calzado ortopédico)	Por reintegro	SI
DIU	1 cada 5 años	NO
Alergia	CT / CL	SI
Vacunas de alergia	Por reintegro	SI
Nutrición	100% CT / CL	SI
Rehabilitación Postural Global (RPG)	Por reintegro	SI
Drenaje Linfático	CT / CL	SI

## NOTAS Y REFERENCIAS

SC: Sin Copago CC: Con Copago ST: Sin Tope CT: Con Tope SL: Sin Límite CL: Con Límite REINT: Reintegro

El plan de cobertura es de tipo "abierto", es decir, sus beneficiarios podrán solicitar el reintegro correspondiente ante la realización de una práctica con prestadores que no formen parte de su Cartilla.

Las prestaciones serán cubiertas con los alcances, extensiones y límites previstos en el Programa Médico Obligatorio (PMO), salvo en los casos que se indique expresamente lo contrario.

SALUD MENTAL	COBERTURA	REINT.
Consultas (Psiquiatría y Psicología)	Hasta 30 sesiones / CC	SI
Internación Psiquiátrica	Hasta 30 días	NO

ÓPTICA	COBERTURA	REINT.
Cristales Estándar	Por reintegro	SI
Cristales Bifocales	Por reintegro	SI
Lentes de Contacto	Por reintegro	SI
Armazón	Por reintegro	SI
Cirugía Refractiva	100% por única vez con una antigüedad mínima de 12 meses	SI

## BENEFICIOS ESPECIALES

**Seguro de Continuidad**  
El grupo familiar cuenta con cobertura sin cargo durante 6 meses, en caso de fallecimiento del titular.

**Seguro de Sepelio**  
Subsidio para gastos de sepelio ante fallecimiento del titular o cónyuge.

**Servicio de Asistencia al Viajero**  
Cobertura Nacional y en países limítrofes.

**Consultorio Médico Virtual**  
Atención médica en tu celular las 24hs los 365 días del año.

**Óptica digital**  
Comprá tus lentes recetados, de contacto y de sol desde cualquier dispositivo, al mejor precio y recibilos en tu casa, sin costos de envío.

Los montos de copago y reintegro pueden consultarse en nuestra web: [www.prevencionosalud.com.ar](http://www.prevencionosalud.com.ar) Los reintegros están sujetos al valor del plan y son por año calendario, no acumulables y según normas de Prevención Salud. Pueden solicitarse únicamente cuando fuera realizada con prestadores/profesionales que no formen parte de la cartilla médica.

En óptica se reconoce por año un par de cristales estándar o bifocales y un par de lentes de contacto.



# Plan A5

Con este plan accedés a cirugías estéticas y refractiva. Los reintegros son superadores. Accedés a habitaciones VIP. Ofrecemos una mayor cobertura en flebología y óptica. En odontología implantes y prótesis también cuentan con una cobertura mayor. Prótesis importadas al 100%. Te ofrecemos chequeos médicos y ecografía 3D, 4D o 5D. Contás con una cobertura del 50% en vademécum y por último, como estamos a tu lado cuando lo necesitás, el servicio de asistencia al viajero cuenta con cobertura nacional e internacional.



## Conocé las características generales de este Plan:

COBERTURA AMBULATORIA	COBERTURA	REINT.
Consultas con Médicos Clínicos y Especialistas	ST / SL	SI
Consultas a Domicilio	ST / SL	SI
Emergencias Médicas	ST / SL	NO
Prácticas de Laboratorio	ST / SL	SI
Estudios y Prácticas de Diagnóstico y Tratamiento (Radiología, Ecografía, Resonancias, Tomografías, entre otras)	ST / SL	SI
Kinesiología - Fisioterapia	ST / SL	SI
Fonoaudiología	ST / SL	SI
Material Radioactivo y de Contraste	100%	SI

MEDICAMENTOS	COBERTURA	REINT.
Medicamentos Ambulatorios (descuentos en farmacias adheridas)	50%	SI
Vacunas	Según Vademécum	SI
Medicamentos Crónicos (Res. 310)	70%	SI
Medicamentos en Internación	100%	SI
Medicamentos y Vacunas del Plan Materno Infantil	100% Según Vademécum	NO
Medicamentos Oncológicos - HIV	100%	NO
Medicamentos Inmunosupresores	100%	NO

COBERTURA EN INTERNACIÓN	COBERTURA	REINT.
Tipo de Habitación	VIP	SI
Internación Clínica y/o Quirúrgica	ST / SL	SI
Especializada (Unidad de Terapia Intensiva, Unidad Coronaria, Neonatología, Pediatría, Maternidad)	ST / SL	SI
Hemodinamia y Cirugía Cardiovascular	ST / SL	SI
Material Descartable	100%	SI
Material Radioactivo y de Contraste	100%	SI

PLAN MATERNO INFANTIL	COBERTURA	REINT.
Cobertura durante el Embarazo y para el recién nacido hasta el 1er. año de vida	100%	SI

ÓPTICA	COBERTURA	REINT.
Cristales Estándar	Por reintegro anual	SI
Cristales Bifocales	Por reintegro anual	SI
Lentes de Contacto	Por reintegro anual	SI
Armazón	Por reintegro anual	SI
Cirugía Refractiva	100% por única vez con una antigüedad mínima de 6 meses	SI

## Además incluye las siguientes coberturas:

PRESTACIONES ESPECIALES	COBERTURA	REINT.
Cirugía Estética	CT/CL Una cada 2 años con una antigüedad mínima de 12 meses - Por reintegro	SI
Flebología (tratamiento esderosante de várices)	12 Sesiones	SI
Ecografías 3D, 4D o 5D	2 por embarazo desde el 5to. mes	SI
Homeopatía y Acupuntura	CT / CL por reintegro	SI
Hemodiálisis	100%	NO
Trasplantes	100%	NO
Prótesis e Implantes según PMO	100%	SI
Órtesis según PMO	Por reintegro	SI
Prótesis e Implantes Importados	100%	SI
Yeso Plástico	100%	SI
Ortopedia (plantilla y calzado ortopédico)	Por reintegro	SI
DIU	1 cada 2 años	NO
Alergia	CT / CL	SI
Vacunas de alergia	Por reintegro	SI
Nutrición	100% CT / CL	SI
Rehabilitación Postural Global (RPG)	Por reintegro	SI
Drenaje Linfático	CT / CL	SI

ODONTOLOGÍA	COBERTURA	REINT.
Consultas y Urgencias	ST / SL	SI
Odontología General	ST / SL	SI
Prótesis e Implantes	CT / CL con una antigüedad mínima de 6 meses para prótesis y 12 meses para implantes.	SI
Ortopedia maxilar y ortodoncia	Sin límite de edad por única vez, a valores de reintegro CT, sin carencia o antigüedad en el plan.	SI
Ortodoncia prestacional	100% de cobertura sin límite de edad, por única vez, en prestadores designados por Prevención Salud según cartilla, sin carencia o antigüedad en el plan.	SI

SALUD MENTAL	COBERTURA	REINT.
Consultas (Psiquiatría y Psicología)	Hasta 45 sesiones	SI
Internación Psiquiátrica	Hasta 40 días	NO

BENEFICIOS ESPECIALES
<b>Seguro de Continuidad</b> El grupo familiar cuenta con cobertura sin cargo durante 12 meses, en caso de fallecimiento del titular.
<b>Seguro de Sepelio</b> Subsidio para gastos de sepelio ante fallecimiento del titular o cónyuge.
<b>Chequeo Médico Anual</b>
<b>Servicio de Asistencia al Viajero</b> Cobertura Nacional e Internacional.
<b>Consultorio Médico Virtual</b> Atención médica en tu celular las 24hs los 365 días del año.
<b>Óptica digital</b> Comprá tus lentes recetados, de contacto y de sol desde cualquier dispositivo, al mejor precio y recíbilos en tu casa, sin costos de envío.

## NOTAS Y REFERENCIAS

ST: Sin Tope    CT: Con Tope    SL: Sin Límite    CL: Con Límite    REINT: Reintegro

El plan de cobertura es de tipo "abierto", es decir, sus beneficiarios podrán solicitar el reintegro correspondiente ante la realización de una práctica con prestadores que no formen parte de su Cartilla.

Las prestaciones serán cubiertas con los alcances, extensiones y límites previstos en el Programa Médico Obligatorio (PMO), salvo en los casos que se indique expresamente lo contrario.

Los montos de copago y reintegro pueden consultarse en nuestra web: [www.prevencionsalud.com.ar](http://www.prevencionsalud.com.ar) Los reintegros están sujetos al valor del plan y son por año calendario, no acumulables y según normas de Prevención Salud. Pueden solicitarse únicamente cuando fuera realizada con prestadores/profesionales que no formen parte de la cartilla médica.

En óptica se reconoce por año un par de cristales estándar o bifocales y un par de lentes de contacto.

# Plan A6

Reintegros superadores, habitación VIP, chequeo médico y una cobertura del 60% en vademécum, son algunas cosas que te ofrecemos con el plan A6. En óptica, flebología y odontología contás con una amplia cobertura. Accedés al 100% de cobertura en prótesis importadas.

La cirugía estética y refractiva también está incluida en este plan. Además, te brindamos cobertura en ecografía 3D, 4D o 5D y como estamos a tu lado cuando lo necesitás, contás con nuestro servicio de asistencia al viajero a nivel nacional e internacional.



## Conocé las características generales de este Plan:

COBERTURA AMBULATORIA	COBERTURA	REINT.
Consultas con Médicos Clínicos y Especialistas	ST / SL	SI
Consultas a Domicilio	ST / SL	SI
Emergencias Médicas	ST / SL	NO
Prácticas de Laboratorio	ST / SL	SI
Estudios y Prácticas de Diagnóstico y Tratamiento (Radiología, Ecografía, Resonancias, Tomografías, entre otras)	ST / SL	SI
Kinesiología · Fisioterapia	ST / SL	SI
Fonoaudiología	ST / SL	SI
Material Radioactivo y de Contraste	100%	SI

MEDICAMENTOS	COBERTURA	REINT.
Medicamentos Ambulatorios (descuentos en farmacias adheridas)	60%	SI
Vacunas	Según Vademécum	SI
Medicamentos Crónicos (Res. 310)	70%	SI
Medicamentos en Internación	100%	SI
Medicamentos y Vacunas del Plan Materno Infantil	100% Según Vademécum	NO
Medicamentos Oncológicos · HIV	100%	NO
Medicamentos Inmunosupresores	100%	NO

COBERTURA EN INTERNACIÓN	COBERTURA	REINT.
Tipo de Habitación	VIP	SI
Internación Clínica y/o Quirúrgica	ST / SL	SI
Especializada (Unidad de Terapia Intensiva, Unidad Coronaria, Neonatología, Pediatría, Maternidad)	ST / SL	SI
Hemodinamia y Cirugía Cardiovascular	ST / SL	SI
Material Descartable	100%	SI
Material Radioactivo y de Contraste	100%	SI

PLAN MATERNO INFANTIL	COBERTURA	REINT.
Cobertura durante el Embarazo y para el recién nacido hasta el 1er. año de vida	100%	SI

ÓPTICA	COBERTURA	REINT.
Cristales Estándar	Por reintegro anual	SI
Cristales Bifocales	Por reintegro anual	SI
Lentes de Contacto	Por reintegro anual	SI
Armazón	Por reintegro anual	SI
Cirugía Refractiva	100% por única vez con una antigüedad mínima de 6 meses	SI

## Además incluye las siguientes coberturas:

PRESTACIONES ESPECIALES	COBERTURA	REINT.
Cirugía Estética	CT/CL Una por año con una antigüedad mínima de 6 meses - Por reintegro.	SI
Flebología (tratamiento esclerosante de várices)	16 Sesiones	SI
Ecografía 3D, 4D o 5D	2 por embarazo desde el 5to. mes	SI
Homeopatía y Acupuntura	CT / CL por reintegro	SI
Hemodiálisis	100%	NO
Trasplantes	100%	NO
Prótesis e Implantes según PMO	100%	SI
Órtesis según PMO	Por reintegro	SI
Prótesis e Implantes Importados	100%	SI
Yeso Plástico	100%	SI
Ortopedia (plantilla y calzado ortopédico)	Por reintegro	SI
DIU	1 cada 2 años	SI
Alergia	CT / CL	SI
Vacunas de alergia	Por reintegro	SI
Nutrición	100% CT / CL	SI
Rehabilitación Postural Global (RPG)	Por reintegro	SI
Drenaje Linfático	CT / CL	SI

ODONTOLOGÍA	COBERTURA	REINT.
Consultas y Urgencias	ST / SL	SI
Odontología General	ST / SL	SI
Prótesis e Implantes	CT / CL con una antigüedad mínima de 6 meses para prótesis y 12 meses para implantes.	SI
Ortopedia maxilar y ortodoncia	Sin límite de edad por única vez, a valores de reintegro CT, sin carencia o antigüedad en el plan.	SI
Ortodoncia prestacional	100% de cobertura sin límite de edad, por única vez, en prestadores designados por Prevención Salud según cartilla, sin carencia o antigüedad en el plan.	SI
Blanqueamiento Dental	Por reintegro	SI

SALUD MENTAL	COBERTURA	REINT.
Consultas (Psiquiatría y Psicología)	Hasta 45 sesiones	SI
Internación Psiquiátrica	Hasta 60 días	NO

BENEFICIOS ESPECIALES
<b>Seguro de Continuidad</b> El grupo familiar cuenta con cobertura sin cargo durante 12 meses, en caso de fallecimiento del titular.
<b>Seguro de Sepelio</b> Subsidio para gastos de sepelio ante fallecimiento del titular o cónyuge.
<b>Chequeo Médico Anual</b>
<b>Servicio de Asistencia al Viajero</b> Cobertura Nacional e Internacional.
<b>Consultorio Médico Virtual</b> Atención médica en tu celular las 24hs los 365 días del año.
<b>Óptica digital</b> Comprá tus lentes recetados, de contacto y de sol desde cualquier dispositivo, al mejor precio y recibilos en tu casa, sin costos de envío.

## NOTAS Y REFERENCIAS

ST: Sin Tope    CT: Con Tope    SL: Sin Límite    CL: Con Límite    REINT: Reintegro

El plan de cobertura es de tipo "abierto", es decir, sus beneficiarios podrán solicitar el reintegro correspondiente ante la realización de una práctica con prestadores que no formen parte de su Cartilla.

Las prestaciones serán cubiertas con los alcances, extensiones y límites previstos en el Programa Médico Obligatorio (PMO), salvo en los casos que se indique expresamente lo contrario.

Los reintegros están sujetos al valor del plan y son por año calendario, no acumulables y según normas de Prevención Salud. Pueden solicitarse únicamente cuando fuera realizada con prestadores/profesionales que no formen parte de la cartilla médica.

En óptica se reconoce por año un par de cristales estándar o bifocales y un par de lentes de contacto.



# Plan A Con copago

Este plan comprende una cobertura esencial a precio muy conveniente. Por lo tanto, vas a asumir un pago adicional en prestaciones ambulatorias pero no en internación. Los prestadores son según cartilla y te ofrecemos una cobertura del 100% en prótesis nacionales.



## Conocé las características generales de este Plan:

COBERTURA AMBULATORIA	COBERTURA	CC.
Consultas con Médicos Clínicos y Especialistas	ST / SL	SI
Consultas a Domicilio	ST / SL	SI
Emergencias Médicas	ST / SL	NO
Prácticas de Laboratorio	ST / SL	SI
Estudios y Prácticas de Diagnóstico y Tratamiento (Radiología, Ecografía, Resonancias, Tomografías, entre otras)	ST / SL	SI
Kinesiología · Fisioterapia	25 sesiones	SI
Fonoaudiología	25 sesiones	SI
Material Radioactivo	100%	NO
Material de Contraste	40%	NO

MEDICAMENTOS	COBERTURA	CC.
Medicamentos Ambulatorios (descuentos en farmacias adheridas)	40%	NO
Vacunas	Según Vademécum	NO
Medicamentos Crónicos (Res. 310)	70%	NO
Medicamentos en Internación	100%	NO
Medicamentos y Vacunas del Plan Materno Infantil	100% Según Vademécum	NO
Medicamentos Oncológicos - HIV	100%	NO
Medicamentos Inmunosupresores	100%	NO

COBERTURA EN INTERNACIÓN	COBERTURA	CC.
Tipo de Habitación	Compartida	NO
Internación Clínica y/o Quirúrgica	ST / SL	NO
Especializada (Unidad de Terapia Intensiva, Unidad Coronaria, Neonatología, Pediatría, Maternidad)	ST / SL	NO
Hemodinamia y Cirugía Cardiovascular	ST / SL	NO
Material Descartable	100%	NO
Material Radioactivo y de Contraste	100%	NO

PLAN MATERNO INFANTIL	COBERTURA	CC.
Cobertura durante el Embarazo y para el recién nacido hasta el 1er. año de vida	100%	NO

ODONTOLOGÍA	COBERTURA	CC.
Consultas y Urgencias	ST / SL	SI
Odontología General	ST / SL	SI

## Además incluye las siguientes coberturas:

PRESTACIONES ESPECIALES	COBERTURA	CC.
Hemodiálisis	100%	NO
Trasplantes	100%	NO
Prótesis e Implantes según PMO	100%	NO
Órtesis según PMO	Por reintegro	NO
DIU	1 cada 5 años	SI
Alergia	CT / CL	SI

SALUD MENTAL	COBERTURA	CC.
Consultas (Psiquiatría y Psicología)	Hasta 30 sesiones	SI
Internación Psiquiátrica	Hasta 30 días	NO

ÓPTICA	COBERTURA	CC.
Cristales Estándar	Por reintegro	NO
Armazón	Por reintegro	NO

BENEFICIOS ESPECIALES
<b>Seguro de Continuidad</b> El grupo familiar cuenta con cobertura sin cargo durante 3 meses, en caso de fallecimiento del titular.
<b>Servicio de Asistencia al Viajero</b> Cobertura Nacional con red propia.

## NOTAS Y REFERENCIAS

SC: Sin Copago

CC: Con Copago

ST: Sin Tope

CT: Con Tope

SL: Sin Límite

CL: Con Límite

El plan de cobertura es de tipo "cerrado", es decir, sus beneficiarios solo podrán utilizar libremente los prestadores que formen parte de su Cartilla.

Las prestaciones serán cubiertas con los alcances, extensiones y límites previstos en el Programa Médico Obligatorio (PMO), salvo en los casos que se indique expresamente lo contrario.

Los copagos en consultas a domicilio y en prácticas de salud mental serán abonados al prestador. Para el resto de las prestaciones que tengan copago, los mismos serán adicionados en la factura que mensualmente recibe el afiliado.



ESTAMOS A TU DISPOSICION



ORGANIZACION COUYET S.A.



+54 9 221 4591629 / 0221-4252493