

## TABLA DE BENEFICIOS Y COSEGUROS

Prestación	Cobertura	Coseguro
<b>Consultas</b>		
Médicos de Familia / Generalistas / Pediatras / Tocoginecólogo	ST / SL	6.000
Médicos Especialistas	ST / SL	10.000
Programa HIV y Oncología relacionado con la patología	SC / ST / SL	0
Oncología relacionado con la patología	SC / ST / SL	0
Discapacidad relacionado con la patología	SC / ST / SL	0
Plan Materno Infantil (PMI) relacionado con el embarazo	SC / ST / SL	0
<b>Psicología</b>		
Sesión incluida Psicología	30 ses. año por Afiliado	6.000
Sesión excedente Psicología	ST / SL	10.000
<b>Prácticas de Laboratorio</b>		
Hasta 6 determinaciones básicas	ST / SL	4.500
Valor extra por prestación adicional a las 15 definidas	CT / SL	1.800
<b>Prácticas Diagnósticas y terapéuticas de mediana complejidad</b>		
Imágenes de baja complejidad: incluye RX simple y ecografía	CT / SL	4.500
Prácticas diagnósticas y terapéuticas de mediana complejidad	CT / SL	9.000
Prácticas diagnósticas y terapéuticas de alta complejidad: TAC, RMN, RIE, laboratorio biomolecular, Genético, Medicina Nuclear, Endoscopia.	CT / SL	18.000
<b>Prácticas Kinesio/Fisiatras</b>		
Por sesión	25 ses. año por Afiliado	6.000
Por sesión excedente	CT/CL	10.000
Prácticas de enfermería	NA	0
<b>Prácticas de Fonoaudiología y Foniatria</b>		
Por sesión	25 ses. año por Afiliado	6.000
<b>Atención Domiciliaria consultas</b>		
Diurna (código verde)	ST / SL	15.000
Nocturna (Código verde)	ST / SL	20.000
Emergencias / Código rojo	SC / ST / SL	0
Mayores de 65 años	ST / SL	15.000
<b>Odontología</b>		
Consultas	ST / SL	6.000
Consultas para menores de 15 años y mayores de 65 años	ST / SL	6.000
Prácticas odontológicas	ST / SL	10.000

**Abreviaturas:** SC: Sin Cargo - ST: Sin Tope - SL: Sin Límite - NA: No Aplica – CT: Con Tope – CL: Con Limite.

\* Plan Materno Infantil: Se dará cobertura durante el embarazo y el parto a partir del momento del diagnóstico y hasta el primer mes luego del nacimiento. Atención del recién nacido hasta cumplir tres años. Todo con cobertura al 100% tanto en internación como en ambulatorio y exceptuado del pago de todo tipo de coseguros para las atenciones y medicaciones específicas. Esta cobertura comprende: a) Embarazo y parto: consultas, estudios de diagnóstico exclusivamente relacionados con el embarazo, el parto y puerperio, ya que otro tipo de estudios tendrá la cobertura que rige el resto del PMO, Psicoprofilaxis Obstétrica, medicamentos únicamente relacionados con el embarazo y el parto, Cobertura 100% b) Infantil: Será obligatoria la realización perinatólogica de los estudios para detección de la fenilcetonuria, del hipotiroidismo congénito y enfermedad fibroquística en el recién nacido. Consultas de seguimiento y control, inmunizaciones del período, cobertura del 100% de la medicación requerida para el primer año de vida siempre que ésta figure en el listado de medicamentos esenciales) a fin de estimular la lactancia materna no se cubrirán las leches maternizadas o de otro tipo, salvo expresa indicación médica, con evaluación de la auditoría médica.