



# Cartilla de Cobertura

## PLAN INTEGRAL

### PRESTACIONES MÉDICAS

Reconocidas solo en la Red Prestacional Solidaria

#### I) ATENCIÓN PRIMARIA

**A-CONSULTAS:** La atención se brinda mediante la sola presentación de la credencial de afiliado en la nómina de prestadores del presente plan. Incluye programas de atención primaria de la salud.

Tipo de Consultas:	1) Consultorio	Sin Coseguro
	2) Domicilio	Coseguro \$8
	3) En Internación	Sin Coseguro

#### B- ANÁLISIS DE LABORATORIO:

Simples: Generales, Bacteriológicos, Enzimología, Hematológicos, Oncológicos, Parasitológicos, Serológicos, Viroológicos, Inmunológicos. Sin Coseguro ni tope

Alta Complejidad: Endocrinológicos, Medicina Nuclear, RIA. Sin Coseguro ni tope

#### C- DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES

Simples: Radiología simple, Mamografía, Tele de Torax, etc. Sin Coseguro ni tope

Alta Complejidad: Cámara Gamma, Centellografía, Ecografía, Hemodinamia, Resonancia Nuclear Magnética, Tomografía Axial Computada, Radiología Contrastada. Sin Coseguro ni tope

#### D- OTRAS PRÁCTICAS

Ambulatorio: Prácticas Diagnósticas y Terapéuticas incluidas en el Nomenclador Nacional.

Prácticas Simples	Sin Coseguro ni tope
Prácticas Alta Complejidad	Sin Coseguro ni tope

#### E- KINESIOLOGIA Y FISIATRIA

Ambulatorio: Rehabilitación motriz, Psicomotriz, Readaptación ortopédica, Rehabilitación sensorial hasta 25 (veinticinco) sesiones por afiliado por año. Sin coseguro

#### II) ATENCIÓN SECUNDARIA

**A- CONSULTAS ESPECIALISTAS:** Todas las especialidades reconocidas por el Consejo de Médicos de la Pcia. de Cba. son atendidas mediante la sola presentación de la credencial de afiliado.

**B- INTERNACION:** Cobertura 100 % sin coseguro. En la internación se incluyen todas las prácticas médicas, diagnósticas y/o terapéuticas de la atención ambulatoria más las reconocidas como de aplicación fundamental como: Anatomía Patológica, Anestesia, Medicamentos y Material Descartable. La internación podrá ser:

General: Clínica o Quirúrgica

Especializada: Cardiovascular, Torácica, Tocoginecológica, Pediátrica, Neonatológica. En Unidad de Cuidados Coronario, Unidad de Terapia Intensiva, Unidad de Cuidados Intermedios, Sala (habitación de 2 ó más). Dentro de estos parámetros y con la autorización de Auditoría Médica, cobertura del 100%.

#### III) OTRAS PRESTACIONES INCLUIDAS

##### A- ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA

Ambulatorio: Las consultas y Psicoterapias serán en consultorio y hasta un máximo de 30 (treinta) por afiliado por año. Coseguro = \$8.-

Internación: Cobertura del 100%. Solo para patologías agudas con autorización de Auditoría Médica y hasta 30 (treinta) días de internación por afiliado por año.

**B- ATENCIÓN ODONTOLÓGICA:** Cubre todas las prestaciones que figuran en el Nomenclador Nacional Odontológico. Incluye campañas de prevención, fluoración y educación bucal. Sin coseguro.

Odontología General: Cobertura de 100%.

Prótesis y Ortodoncia: Cobertura de 50%.

**C- ATENCIÓN HEMODIÁLISIS:** Tiene cobertura total el paciente en Hemodiálisis crónica. Es requisito indispensable para la continuidad de la cobertura la inscripción del paciente dentro de los primeros 30 (treinta) días en el INCUCAI. Cobertura del 100%. Incluye el traslado ida y vuelta del afiliado para las sesiones.

**D- TRASLADO EN AMBULANCIA:** Los afiliados tendrán traslado en ambulancia y/o unidades adecuadas cuando no puedan movilizarse por sus propios medios, previa autorización de Auditoría Médica; desde, hasta o entre Establecimientos de salud, con ó sin internación, solo para los casos en que sea necesario el mismo para diagnóstico o tratamiento de su patología.

**E- URGENCIAS Y EMERGENCIAS:** Situaciones de padecimiento importante con o sin riesgo inminente de perder la vida. Incluye cobertura de Red de Reciprocidad.

**F- PROVISIÓN DE PRÓTESIS Y ÓRTESIS:** Los afiliados tendrán cobertura del 100% en la provisión e implantes de colocación interna permanente. Solo se reconocerán las que los especialistas receten por su nombre genérico y se cotizarán siendo la de menor valor la que se autorizará y ese será el máximo del importe a reconocer. No cubre fijador externo tipo Orthofix. En lo referente a órtesis y prótesis externas, la cobertura será del 50%. No se reconocen las prótesis denominadas miorgánicas o bioeléctricas.



# Cartilla de Cobertura

## PLAN INTEGRAL

**G- PRÁCTICAS Y CIRUGÍAS NO NOMENCLADAS** Cobertura del 100% en Colectomía por Video Laparoscopia - Ecografía de Cadera, de Otros Organos, Transvaginal, Transrectal - Eco Doppler Color Litotripcia - Laringofibroscopia.

### IV) COBERTURA DE MEDICAMENTOS

**A- EN AMBULATORIO** Cobertura del 50%

**B- EN INTERNADOS** Cobertura del 100%

**C- ESPECIALES** 1) Cobertura del 100% con autorización previa de Auditoría Médica: Inmunosupresores excepto en trasplantes - Eritropoyetina - Inmunoestimuladores - Calcitriol - L-Acetil Carnitina - D. Nasa

2) Medicamentos provistos previa autorización de Auditoría Médica: Factor VIII y Antihemofílicos - Somatotrofina - Ceredace - Medicación anti HIV y anti SIDA

**D- EN PACIENTES ONCOLÓGICOS** Los medicamentos No oncológicos que figuran de los protocolos de tratamientos tendrán una cobertura del 50%.

### V) PLANES Y PROGRAMAS

**A- PLAN MATERNO INFANTIL** Los afiliados tendrán cobertura 100%, Sin Coseguro según el siguiente plan:  
Embarazo y Parto ó Cesárea: Cobertura hasta 1 (un) mes posterior al parto de: Consultas, Medicamentos, Estudios de Diagnóstico (Laboratorio, Ecografías, Monitoreo Fetal), Curso de Parto sin temor, Internación Parto ó Cesárea.

Recién Nacido Cobertura hasta el primer año de vida de: Consultas, Medicamentos, Detección de Fenilcetonuria e Hipotiroidismo, Internaciones Clínicas ó Quirúrgicas.

Leches 1- Leche medicamentosa, 4 (cuatro) Kg. por mes, hasta los 3 (tres) meses. Con evaluación de Auditoría Médica.

**B- PROGRAMAS DE ONCOLOGÍA** Incluye diagnóstico y tratamiento de todas las afecciones malignas, sin cargo para el Beneficiario, con cobertura de Medicamentos Oncológicos al 100% y No Oncológicos al 50%, solo aquellos que figuren en los Protocolos Nacionales. No se cubren terapias alternativas, ni medicación que corresponda a Protocolos Experimentales, ni en periodo de prueba. Incluye programas de prevención de cánceres femeninos de mama y cuello de útero sin cargo alguno.

**C- PLANES ESPECIALES PARA DROGADICCIÓN Y SIDA**

### VI) EXCLUSIONES

Prácticas No Nomencladas (excepto las detalladas en el ítem III G) - Testificaciones Alérgicas: Total (14.01.01) - Parcial (14.01 .02) - Prácticas e Intervenciones Experimentales - Estudios Neurometabólicos - Marcadores Citogenéticos -Accidentes de Trabajo In itinere - Enfermedades y accidentes de Trabajo o Profesionales - Terapia Ocupacional - Exámenes de pre-ingreso, de control y de egreso - Chequeos médicos, excepto los casos por expreso pedido médico - Estudios por trámites jubilatorios por incapacidad física o mental - Internaciones Geriátricas - Necropsias - Material Descartables en pacientes ambulatorios - Medicamentos de venta libre, homeopáticos o recetas magistrales - Medicamentos o sustancias No disponibles en el mercado -Acompañante del paciente internado mayor de diez años - Diferencias de confort y extras en internación - Enfermedades seniles crónicas salvo periodos de agudización - Accidentes de tránsito y sus secuelas - Prestaciones emergentes de actos delictivos en los que haya tomado parte activa el beneficiario y sus secuelas - Lesiones causadas por fenómenos sísmicos u otros fenómenos catastróficos naturales o epidemias declaradas o motivadas por circunstancias de guerra, terrorismo, revoluciones o tumultos populares y/o insurrección - Lesiones provocadas por la participación del beneficiario en actividades riesgosas o en la práctica de deportes de alto riesgo (automovilismo, aviación, andinismo, esquí, buceo, paracaidismo, parapente, aladeltismo, alpinismo etc.) - Internaciones por causa social - Traslados aéreos - Traslados, consultas y/o tratamientos fuera del país - Embolizaciones terapéuticas - Cosmetología - Cirugía Plástica no reparadora o con fines estéticos - Obesidad - Curas de adelgazamiento, rejuvenecimiento, de reposo y/o similares, hidroterapia o celuloterapia -Acupuntura, Quiroterapia y Digitoterapia - Cámaras hiperbárica - Internación en centros de salud mental para patologías psiquiátricas crónicas a excepción de periodos de reagudización - Tratamientos No convencionales del Dolor-Aborto provocado - Transfusiones fetales intrauterinas - Tratamientos de esterilidad, fertilización o fecundación asistida y su fruto - Intento de suicidio o lesiones autoprovocadas - En ópticas, lentes de contacto con fines estéticos -

.....  
FIRMA del BENEFICIARIO TITULAR

.....  
FIRMA POR OBRA SOCIAL

.....  
Aclaración de la Firma del Beneficiario

.....  
Doc. de Identidad del Beneficiario

.....  
Fecha