

**Somos
Prevención,
y somos
Salud.**

La prepaga para vos.

www.prevencionalud.com.ar   

Superintendencia de Servicios de Salud | 0800 222 SALUD (72583) | www.sssalud.gob.ar | N° de Inscripción RNEMP: 1679

**A
5**

Prevención Salud
de SANCOR SEGUROS



Plan A5

El plan A5, además de cubrir cirugía estética y refractiva, te permite acceder a reintegros superadores, habitaciones VIP y una mayor cobertura en flebología, óptica, odontología, implantes y prótesis. En el caso de prótesis importadas, se cubren al 100%.

Además, como parte de este plan premium, te ofrecemos chequeos médicos y ecografía 3D, 4D o 5D, así como una cobertura del 50% en vademécum. Para estar a tu lado cuando lo necesitas, 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 / SC	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

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

PLAN MATERNO INFANTIL	COBERTURA	REINT.
Cobertura en maternidad y en asistencia al recién nacido.	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:

OTROS SERVICIOS	COBERTURA	REINT.
Cirugía estética*	CT/CL 1 cada 2 años con una antigüedad mínima de 12 meses - Por reintegro	SI
Flebología (tratamiento esclerosante 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
DJU*	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 Prestación sujeta a validación de auditoría odontológica.	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

Seguro de Continuidad En caso de fallecimiento del titular, el grupo familiar cuenta con una extensión total de 12 meses en la cobertura PMO sin cargo.
Seguro de Sepelio Subsidio por monto fijo para gastos de sepelio ante fallecimiento del titular o cónyuge.
Chequeo Médico Anual
Servicio de Asistencia al Viajero Cobertura Nacional e Internacional.
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.

*Prestación sujeta a validación de auditoría médica.

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.