



A  
5

**Prevención Salud**  
de SANCOR SEGUROS

La prepaga para vos.



# Plan A5

**Conocé las características generales de este Plan:**

Hacé clic sobre el botón para ver la cobertura.

**Cobertura ambulatoria**

**Medicamentos**

**Cobertura en internación**

**Plan Materno Infantil**

**Odontología**

**Salud mental**

**Óptica**

**Otros servicios**

**Beneficios especiales**

**Prevención Salud**  
de SANCOR SEGUROS

# Plan A5

## 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 ( <i>Radiología, Ecografía, Resonancias, Tomografías, entre otras</i> ) | ST / SL      | SI     |
| Kinesiología - Fisioterapia                                                                                               | ST / SL      | SI     |
| Fonoaudiología                                                                                                            | ST / SL      | SI     |

Volver al menú

### 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 valores de reintegro son por año calendario, no acumulables y según normas de Prevencción Salud.

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

# Plan A5

## Medicamentos

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

Volver al menú

### 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 valores de reintegro son por año calendario, no acumulables y según normas de Prevención Salud.

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



# Plan A5

## Cobertura en internación

|                                                                                                             | COBERTURA | REINT. |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|--------|
| Tipo de Habitación                                                                                          | VIP       | SI     |
| Internación Clínica y/o Quirúrgica                                                                          | ST / SL   | SI     |
| Especializada ( <i>Unidad de Terapia Intensiva, Unidad Coronaria, Neonatología, Pediatría, Maternidad</i> ) | ST / SL   | SI     |
| Hemodinamia y Cirugía Cardiovascular                                                                        | ST / SL   | SI     |
| Material Descartable                                                                                        | 100%      | SI     |

Volver al menú

### 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 valores de reintegro son por año calendario, no acumulables y según normas de Prevención Salud.

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

# Plan A5

## Plan Materno Infantil

|                                                           | COBERTURA | REINT. |
|-----------------------------------------------------------|-----------|--------|
| Cobertura en maternidad y en asistencia al recién nacido. | 100%      | SI     |

Volver al menú

### 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 valores de reintegro son por año calendario, no acumulables y según normas de Prevención Salud.

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

# Plan A5

## 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<br>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     |

Volver al menú

### 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 valores de reintegro son por año calendario, no acumulables y según normas de Prevención Salud.

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



# Plan A5

## Salud mental

|                                                  | COBERTURA         | REINT. |
|--------------------------------------------------|-------------------|--------|
| Consultas<br>( <i>Psiquiatría y Psicología</i> ) | Hasta 45 sesiones | SI     |
| Internación Psiquiátrica                         | Hasta 40 días     | NO     |

Volver al menú

### 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 valores de reintegro son por año calendario, no acumulables y según normas de Prevención Salud.

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



# Plan A5

## 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     |

\*Prestación sujeta a validación de auditoría médica.

Volver al menú

### 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 valores de reintegro son por año calendario, no acumulables y según normas de Prevención Salud.

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

# Plan A5

## 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     |
| 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     |

\*Prestación sujeta a validación de auditoria médica.

Volver al menú

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 valores de reintegro son por año calendario, no acumulables y según normas de Prevención Salud.

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

# Plan A5

## Beneficios especiales

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

Volver al menú

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 valores de reintegro son por año calendario, no acumulables y según normas de Prevencción Salud.

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



**Somos Prevención  
y somos Salud.**



**La prepaga para vos.**

**Prevención Salud**  
de SANCOR SEGUROS

[www.prevencionsalud.com.ar](http://www.prevencionsalud.com.ar)   

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