

Prestación	Descripción	General	Basico	Carencia
<b>Consultas</b>	Coseguro	V.Modulado	V.Modulado	3 Meses
Consultorio				
Domicilio				
<b>Diagnostico y Tratamiento de Baja Complejidad</b>	Autorización Previa / Coseguro	70%	60%	3 Meses
Laboratorio				
Radiología				
Kinesiología / Fisiatría /	Tope: 20 sesiones anuales	70%	60%	
Ecografías				
Tratamiento Esclerosante	Tope: 08 sesiones por única vez	70%	Sin cobertura	
<b>Prevención</b>	Aut. 100% cob. 1ª del año	70%	60%	3 Meses
Colposcopia				
Papanicolau				
Senografías	Mujeres desde los 35 años			
PSA	Hombres Mayores a 45 años			
Ecografía Prostática	Hombres Mayores a 45 años			
<b>Diagnostico y Tratamiento de Alta Complejidad</b>	Autorización Previa / Coseguro	70%	60%	6 Meses
Tomografía Axial Computada				
Resonancia Magnética Nuclear				
Cámara Gamma				
Densitometría Ósea				
PET		50%	50%	
<b>Neurología</b>	Autorización Previa / Coseguro	70%	60%	3 Meses
<b>Alergia</b>	Reintegro / Determinado por Auditoría	V.Modulado	Sin Cobertura	3 Meses
<b>Nefrología</b>	Autorización Previa / Coseguro	100%	100%	3 Meses
<b>Psiquiatría</b>	Reintegro valor consulta. Tope 6 anuales	100%	60%	3 Meses
<b>Psicología y Psicopedagogía</b>	Autorización / Coseguro	50%	40%	3 Meses
Individual / Familiar / Grupal	Tope: 20 anuales			
Pruebas Psicométricas / Pruebas Proyectivas				
<b>Fonoaudiología</b>	Autorización / Tope: 30 anuales	70%	60%	3 Meses
<b>Medicamentos</b>	Colegio de Farmacéuticos	60%	60% Vademecum	3 Meses
Vacunas	Reintegro. Lim. según Reglamento	50%	Sin Cobertura	
<b>Asistencia Sanatorial</b>	Autorización Previa / Coseguro	100%	80%	3 Meses
Honorarios, pensión y gastos				
Habitación Privada	Por Reintegro - 3 Días	Con Tope	Sin Cobertura	
<b>Intervenciones Quirúrgicas</b>	Ambulatorio / Internación	70 % y 100%	60% y 80%	6/12 Meses
<b>Nutrición</b>	Autorización / Coseguro	70%	60%	3 Meses
<b>Plan Materno</b>	Según Reglamento	100%	100%	3 Meses
<b>Traumatología</b>	Provisión / Reintegro menor presupuesto	60%	40%	6 Meses
Protesis				
Alquiler				
Audifonos	Con tope			
<b>Ambulancia</b>				3 Meses
Traslados	Reintegros	30%	Sin Cobertura	
<b>Afiliados con coberturas especial</b>	Valor Modulado	100%	100%	6 Meses
<b>Odontología</b>				6 Meses
Dentistería	Reintegros - Padrón por Aut. Coseguro	70%	70%	
Prótesis	Reintegros	50%	Sin Cobertura	
Ortodoncia	Reintegros - Según Reglamento	70%	Sin Cobertura	
<b>Optica</b>	Cada dos años	100%	60%	3 Meses
<b>Eximer Laser</b>	Por reintegro - Valor Modulado	Según dioptrías	Sin Cobertura	12 Meses
	2,5 a 4 Dioptrías	50%	Sin Cobertura	
	4,0 a 6 Dioptrías	60%	Sin Cobertura	
	Más de 6 Dioptrías	100%	Sin Cobertura	
<b>Tratamiento Oncológico</b>	Autorización Previa / Coseguro	100%	100%	12 Meses
Pensión Honorarios y Gastos				
Terapia Radiante				
<b>Subsidios</b>	Modulo Fijo	100%		12 Meses
Subsidios Familiares			Sin Cobertura	
Guarderías			Sin Cobertura	
Celiaquía		100%	100%	
<b>Servicio de Sepelio</b>	Cobertura Directa	100%	100%	6 Meses
<b>Fertilización Asistida</b>	Modulo Fijo	100%	60%	6 Meses
<b>Seguro de Vida</b>	Obligatorio	Poliza Contratada	Poliza Contratada	
<b>Coseguro Otra Obra Social</b>	Prácticas reconocidas por DSS por Reintegro			Carencia DSS

Prestaciones según nomenclador nacional