

CUADRO DE BENEFICIOS PLAN ORO		
Cartilla médica		CARTILLA ORO
INTERNACION	Cerrado	Abierto
Habitación	Individual	
Honorarios Clínicos	S/C S/T S/L	
Honorarios Quirúrgicos	S/C S/T S/L	
Pensión Sanatorial	S/C S/T S/L	
Pensión de acompañante pediátrico	SC - SL (menores de 15 años)	
Pensión de acompañante adulto	SC en sanatorios propios	
Maternidad	S/C S/T S/L	
Material Descartable y Medicamentos	S/C S/T S/L	
Terapia Intensiva - Unidad Coronaria	S/C S/T S/L	

AMBULATORIO	Cerrado	Abierto
Consultas		
Consulta En Consultorio	S/C S/T S/L	Tope Anual \$ 570 (tope grupal) \$ 45 (hasta 10 consultas) \$57 hasta 10 consultas)
Consulta En Domicilio	S/C S/T S/L	
Emergencias	S/C S/T S/L	
Exámenes complementarios		
Exámenes de rutina	S/C S/T S/L	
Exámenes de alta complejidad	S/C S/T S/L	
Tratamientos auxiliares		
Kinesiología	S/C S/T S/L	
Fonoaudiología	S/C S/T S/L	
Radio y Cobaltoterapia	S/C S/T S/L	
Alergia	Consulta SC - 1 Testificación según PMO	
Psicología		
Tratamiento psicológico ambulatorio	S/C – S/T – S/L (hasta 36 sesiones)*	
Odontología		
Odontología General	S/C S/T S/L Según cobertura PMO. Interceptiva	700 (tope individual) \$ 1500 por única vez** 700 (tope individual)
Prótesis odontológicas		
Ortodoncia y ortopedia funcional		
Implantes dentales		
Ortopedia		
Plantillas ortopédicas		\$ 20
Zapatos ortopédicos		\$ 70

OTROS BENEFICIOS	Cerrado	Abierto
Plan Materno Infantil	S/C S/T S/L 60% 100%	
Medicamentos en ambulatorio		
Drogas oncológicas		
Cirugía Refractiva * (en Mayores de 24 años y Menores de 60 Carencia 12 meses)	100 % Miopía y Astigmatismo A partir de las 3 (tres) dioptrías por ojo	
Anticonceptivos		13 cajas
Profilácticos		ST/SL/SC
Curso Psicoprof. Parto		\$ 100
Honorarios Partera		\$ 200
DIU		\$ 156 cada dos años
Óptica	Armazón: Cilíndrico (un par por año) Bifocal (un par cada 2 años) Cristales: Esférico (2 pares por año) Lentes de Contacto***: Un par cada 2 años	Lentes de contacto: \$113 por año Anteojos: \$70 por año (Cobertura al 100% hasta 18 años. Cobertura al 50% a partir de 18 años.)

Referencias:

*: A partir de la sesión n° 37, debe abonar un copago.

** : Cobertura hasta los 13 y 11 meses.

S/C: Sin desembolso de dinero al momento de la prestación.

S/T: Sin tope anual en pesos.

S/L: Sin límite de días, sesiones o consultas al año.

***Un (1) par de lentes de contacto blandas cada dos años, limitado a aquellas patologías de corneas y vicios de reflexión no corregibles con lentes aéreos, QUERATOCONO, QUERATOPATIA BULLOSA, ANISOMETROPIA, de más de tres (3) dioptrías en un ojo.