

NOMBRE DEL PLAN EMPRENDEDOR 01

"Plan con Cobertura reducida de Parto, Cesárea, Aborto y Neonatología"

SELECCION DE PRESTACIONES VALORIZADAS
Valorizada al 1 de Mayo de 2016

PRESTACIONES	LIBRE ELECCIÓN		BENEFICIOS ASOCIADOS A DETERMINADOS PRESTADORES			
	(%) BONIF.	TOPE (\$)	(%) BONIF.	TOPE (\$)	COPAGO (\$)	N° PRESTADOR

PRESTACIONES HOSPITALARIAS

PARTO NORMAL

DERECHO DE PABELLON 6	25	20,963				
HONORARIOS MEDICOS	25	130,637				
HONORARIOS MATRONA	25	58,140				
ATENCION INMEDIATA DEL RECIEN NACIDO	25	8,490				
VISITA NEONATOLOGO	25	5,215				

PARTO POR CESAREA

DERECHO DE PABELLON 7	25	29,565				
HONORARIOS MEDICOS	25	173,897				
HONORARIOS MATRONA	25	58,140				
ATENCION INMEDIATA DEL RECIEN NACIDO	25	8,490				
VISITA NEONATOLOGO	25	5,215				

APENDICECTOMIA

DERECHO DE PABELLON 7	100	116,910 (**)				
HONORARIOS MEDICOS	100	401,262				

COLECISTECTOMIA POR VIDEO LAPAROSCOPIA

DERECHO DE PABELLON 10	100	272,750 (**)				
HONORARIOS MEDICOS	100	842,737				

HISTERECTOMIA TOTAL

DERECHO DE PABELLON 8	100	165,636 (**)				
HONORARIOS MEDICOS	100	760,356				

AMIGDALECTOMIA

DERECHO DE PABELLON 5	100	58,395 (**)				
HONORARIOS MEDICOS	100	271,340				

CIRUGIA CARDIACA DE COMPLEJIDAD MAYOR

DERECHO DE PABELLON 14	100	535,870 (**)				
HONORARIOS MEDICOS	100	3,074,907				

EXTIRPACION DE TUMOR Y/O QUISTE ENCEFALICO Y DE HIPOFISIS

DERECHO DE PABELLON 12	100	390,898 (**)				
HONORARIOS MEDICOS	100	1,269,507				

DIAS CAMA

MEDICINA (D)	100	111,399 (**)				
SALA CUNA	100	61,399 (**)				
DIA CAMA CUIDADOS INTENSIVOS O CORONARIOS ADULTO (D)	100	146,632 (**)				
DIA CAMA CUIDADOS INTENSIVOS O CORONARIOS PEDIATRICA	100	146,632 (**)				
DIA CAMA CUIDADOS INTENSIVOS O CORONARIOS NEONATOLOGICO	100	146,632 (**)				

MEDICAMENTOS (B)

APENDICECTOMIA	100	777,204				
HOSPITALIZACION POR NEUMONIA	100	777,204				

PRESTACIONES AMBULATORIAS

CONSULTAS

CONSULTA MEDICA ELECTIVA O DE URGENCIA	90	11,139				
CONSULTA PSIQUIATRICA (A)	90	7,756				

EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS

HEMOGRAMA	90	2,214 (*)				
ESTUDIO DE LIPIDOS SANGUINEOS	90	4,428 (*)				
PERFIL BIOQUIMICO	90	6,151 (*)				
UROCULTIVO	90	2,583 (*)				
ORINA COMPLETA	90	1,354 (*)				
DENSITOMETRIA OSEA	90	23,052				
CITODIAGNOSTICO CORRIENTE	90	3,731				
ESTUDIO HISPATOLOGICO CORRIENTE	90	13,126				
EXPLORACION VITREORRETINAL	90	4,663				
ELECTROCARDIOGRAMA DE REPOSO	90	4,929				
ECOCARDIOGRAMA DOPPLER	90	39,575				
GASTRODUODENOSCOPIA	90	42,755				
HEMODIALISIS CON INSUMOS INCLUIDOS	90	40,107				
RODILLERA,BOTA LARGA O CORTA DE YESO	90	13,988				

IMAGENOLOGIA

RADIOGRAFIA DE TORAX BILATERAL	90	11,685 (*)				
MAMOGRAFIA BILATERAL	90	13,530 (*)				
RADIOGRAFIA DE BRAZO,CODO,MUÑECAS O SIMILARES	90	5,659 (*)				
TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTARIZADA DE CEREBRO	90	39,360 (*)				
ECOTOMOGRAFIA ABDOMINAL	90	16,605 (*)				
ECOTOMOGRAFIA GINECOLOGICA	90	9,595 (*)				

MEDICINA FISICA

EJERCICIOS RESPIRATORIOS (A)	90	1,333				
REEDUCACION MOTRIZ (A)	90	923				

NOTAS :

(A) Prestacion(es) sujeta(s) al siguiente tope anual :

- Consulta Psiquiátrica

1,84 U.F.
- Ejercicios Respiratorios

2,98 U.F.
- Reeducción Motriz

2,98 U.F.

(B) El tope de medicamentos se determina de acuerdo a la sgte modalidad :
U.F. por Evento

(C) Reajustabilidad :

Los valores contemplados en esta cartilla fueron calculados al 1 de Mayo de 2016 por lo que podrán experimentar variaciones de acuerdo al mecanismo de reajustabilidad contemplado en su contrato. En la especie, el Arancel expresado en pesos se reajustará según lo contemplado en el plan Complementario de Salud. Para las Prestaciones que estén expresadas en UF, se utilizará el valor correspondiente de dicha unidad al último día del mes anterior del otorgamiento de la Prestación.

(D) Cobertura Restringida :

Para las Prestaciones de parto, cesárea, aborto y neonatología, la cobertura será de un 25% del Plan Complementario de Salud.

(E) Individualización del Prestador en las Tablas contendidas al dorso.

(*) En Laboratorios y Centros de radiología cuyas prestaciones estén pactadas a precios equivalentes a los niveles que se señalan a continuación y mediante la modalidad Orden de Atención, la bonificación subirá a 100% Nivel I

(**) 100% Valor Factura sin TOPE :1) Si pieza individual más simple con baño privado del Hospital o clínica es menor o igual a 4,00 U.F.

y 2) Si el beneficiario opta por la pieza individual más simple con baño privado o una de inferior valor. En caso de no cumplirse alguna de estas condiciones operará el porcentaje de bonificación y los topes expresados en la columna 1 del Plan complementario de Salud.

FIRMA COTIZANTE

FECHA