

**COBERTURA**

VIGENCIA 3 • 2025

PRESTACIONES	CARACTERÍSTICAS	V. % ó T.	Coseguro
CONSULTA MÉDICA	Consultas Médicas	SC-ST-SL	--
	Consultas Médico en Línea	SC las 24hs.	--
URGENCIAS Y EMERGENCIAS	Cobertura 24hs.	SC-ST-SL	--
TRASLADOS	Con Médico, traslados para imposibilitados	SC-ST-SL	--
MEDICAMENTOS	En Farmacias Adheridas	40%	--
	En Internación	100%	--
	Oncología (nacionales)	100%	--
	Plan Materno Infantil	100%	--
	Analgesia en parto normal	100%	--
	Inmunosupresores, Interferon, Inmunoestimuladores, Eritropoyectina, etc.	100%	--
ESTUDIOS Y PRÁCTICAS DE DIAGNOSTICO	<b>Baja Complejidad: +A+</b>		
	Laboratorios	SC	--
	Radiología, Ecografías Simples Nomencladas	SC	--
	Estudios Oftalmológicos Baja Complejidad	SC	--
	<b>Media Complejidad: +B+</b>		
	Ej. Ecografías No Nomencladas/ Mamografía Digital	SC	--
	Estudios Oftalmológicos Mediana Complejidad	SC	--
	<b>Alta Complejidad: +C+</b>		
	Ej. Tomografía Axial Computada, Resonancia Magnética Nuclear	SC	--
	Laboratorio de alta Complejidad	SC	--
Quirófano por Cirugía, Endoscopias, laboratorio biomolecular de Alta Complejidad.	SC	--	
Flebología: Tratamiento esclerosante de varices hasta 8 sesiones por asociado por año calendario.	SC - CT	--	
Estudios Oftalmológicos Alta Complejidad	SC	--	
Cirugía de Ojos Excimer Laser (1 año de permanencia en el plan para dioptrías superiores a 3, según evidencia medica avalada)	SC - CL	--	
REHABILITACIÓN	Fonoaudiología por asociado por año calendario.	40 ses x Año SC Excedentes P-Sesion	-- \$10000
	Kinesiología y Fisioterapia (en pacientes ambulatorios, por asociado, por año calendario).	40 ses x Año SC Excedentes P-Sesion	-- \$10000
	Kinesiología y Fisioterapia Post operatorios de traumatología.	Hasta 30 días	--
	Kinesiología y Fisioterapia-Accidente Cerebro Vascular	Hasta 3 meses	--
	Kinesiología y Fisioterapia - Grandes Accidentados.	Hasta 6 meses	--
INTERNACIÓN	Clinica-Quirúrgica (en habitación individual) (de acuerdo a dispon.del establecimiento)	100%	--
	Cirugía Cardiovascular Central y Periférica	100%	--
	Internación Domiciliaria	Según PMO	--
	Terapia Intensiva y Unidad Coronaria	100%	--
PLAN MATERNO INFANTIL	Maternidad (Internación Obstétrica) Incluye parto normal, distócico, cesárea, honorarios médicos, nursery, incubadora, gastos sanatoriales y pensión	100%	--
	Medicamentos hasta 30 días Post-Parto	100%	--
	Medicamentos del Bebé hasta su 3º Año de Vida	100%	--
	Curso Psicoprofiláctico del Parto	100%	--
MATERIAL DESCARTABLE	Común y Especializado	100%	--
ESTUDIOS GENÉTICOS	Nomenclados (A.C.)	--	--
SALUD MENTAL (sistema cerrado)	Psicoterapia	30 ses x Año Excedentes SC	-- -- --
	Consulta psiquiátrica	30 días x Año	--
	Internación Psiquiátrica (cuadro agudos)	60 días x Año	--
	Hospital de Día	100%	--
	Talleres, Grupos de Autoayuda o Aprendizaje	100%	--
PRÓTESIS Y ORTÉSIS	Prótesis e Implantes Internos (*)	100%	--
	Prótesis y Ortesis Externas	50%	CT
TERAPIA RADIANTE	Radioterapia, Cobaltoterapia y Acelerador Lineal	100%	--
TRASPLANTES	Inscripción en el INCUCAI	100%	--
HEMODIÁLISIS	Inscripción en el INCUCAI	SC-SL-ST	--

(\*) Prótesis Quirúrgicas Implantables Nacionales: 100% según PMO - Prótesis Quirúrgicas Implantables Importadas: Se cubrirán hasta el 100% del valor de la Prótesis Nacional.

**Nómina Orientativa de Prácticas**

(A) BAJA COMPLEJIDAD:	Radiología Simple y Contrastada, Radioscopia, Ecografía Nomenclada, Mamografía Nomenclada, Electrocardiograma, Ergometría, Ecocardiograma modo B, Audiometría, Logoaudiometría, Pruebas Supraliminales, Impedanciometría, Laringoscopia Directa e Indirecta, Otomicroscopia, Anatomía Patológica.
(B) MEDIANA COMPLEJIDAD:	Ecográficas No Nomencladas, Potenciales Evocados, Electromiogramas, Electroencefalogramas Prolongados, Mapeo cerebral, Polisomnografías, Test de Latencias Múltiples, Densitometría Ósea, Estudio Urodinámico, Uroflujiometría, Penoscopia, Tilt Test, Mamografías digitales, Mamografías con Técnicas de Ecklund, Curva Flujo Volumen, Espirometría Computarizada, Espirometría B2, Ergometría 12 Derivaciones, Escanograma de miembros, PHmetría, Inmunohistoquímica(hasta 3).
(C) ALTA COMPLEJIDAD:	Tomografías, Resonancia Magnética Nuclear, Cámara Gamma (*), PET, Video endoscopias, Video colonoscopias, Video EEG, Punciones bajo ecografías, Punciones bajo tomografías, Punciones bajo mamografías, Test de drogas vasoactivas urológicas, Test de tumescencia, Rigidez peneana, BioFeedback, Espinogramas, Doppler, Inmunohistoquímica (más de 3), Videonistagmografía. (*) Coseguro como estudio completo con independencia de área a estudiar.

REFERENCIAS: V. % ó T = Valor % ó Total // S/C = Sin Cargo // S/L = Sin Límite // S/T = Sin Tope

**PRÁCTICAS QUE REQUIEREN AUTORIZACIÓN PREVIA DE INTEGRAL**

LABORATORIO DE ALTA COMPLEJIDAD QUE EXCEDA LA RUTINA Y NO NOMENCLADOS • RADIOGRAFÍA CONTRASTADA, TAC NO NOMENCLADA, RMN, ANGIORESONANCIA MAGNÉTICA, MEDICINA NUCLEAR, PRÁCTICAS NEUROLÓGICAS • PRÁCTICAS OFTALMOLÓGICAS • PRÁCTICAS QUIRÚRGICAS AMBULATORIAS • PRÁCTICAS QUIRÚRGICAS PROGRAMADAS • INTERNACIONES PROGRAMADAS.

**CARACTERÍSTICAS ODONTOLÓGICAS**

PRESTACIONES	CARACTERÍSTICAS	COSEGURO
CONSULTAS	Consulta, Fichado y Plan de Tratamiento, Consultas de Urgencia	S/C
OPERATORIA DENTAL	Obturación con Amalgama Cavidad Simple	S/C
	Obturación con Amalgama Cavidad Compuesta	S/C
	Obturación con tornillo en conducto	S/C
	Obturación simple con resina autocurado	S/C
	Obturación compuesta con resina autocurado	S/C
	Obturación con Resina Fotocurado Sector Anterior	S/C
	Obturación con Resina Fotocurado Sector Posterior	\$4000
Reconstrucción de ángulo en dientes anteriores	S/C	
ENDODONCIA	Tratamiento Inflamatorio Pulpar Unirradicular	S/C
	Tratamiento Inflamatorio Pulpar Multirradicular	S/C
	Biopulpectomía Parcial	S/C
	Necropulpectomía Parcial	S/C
ODONTOLOGÍA PREVENTIVA	Tartrectomía y Cepillado	S/C
	Higiene dental con ultrasonido	S/C
	Consulta preventiva periódica y terapia fluorada	S/C
	Enseñanza de técnicas de higiene bucal	S/C
	Selladores de surcos, fosas y fisuras	S/C
	Aplicación de cariostáticos en piezas permanentes	S/C
ODONTOPEDIATRÍA	Consulta de motivación	S/C
	Mantenedor de espacio	S/C
	Reducción de luxación con inmovilización dentaria	S/C
	Tratamiento de dientes primarios con formocresol	S/C
PERIODONCIA	Consulta de Estudio	S/C
	Corona de acero por destrucción coronaria	S/C
	Reimplante dentario e inmovilización por luxación total	S/C
	Protección pulpar directa	S/C
	Tratamiento de gingivitis	S/C
	Tratamiento de enfermedad Periodontal	S/C
Desgaste selectivo o armonización oclusal	S/C	
RADIOLOGÍA	Rx periapical o bite wing	S/C
	Rx oclusal	S/C
	Rx media seriada de 7 películas	S/C
	Rx seriada de 14 películas	S/C
	Rx panorámica	S/C
	Teleradiografía cefalométrica	\$4000
	Tomografía Parcial	\$10000
	Tomografía Total	\$10000
	Articulación Temporo Mandibular	\$4000
	Trazado Cefalomérico c/u	\$4000
CIRUGÍA BUCAL	Extracción dentaria	S/C
	Plástica de comunicación bucosinusal	S/C
	Biopsia por punción, aspiración o escisión	S/C
	Alveolectomía estabilizadora (6 zonas) por zona	S/C
	Reimplante dentario inmediato al traumatismo	S/C
	Incisión y drenaje de abscesos por vía intrabucal	S/C
	Extracción de dientes con retención mucosa	S/C
	Extracción de dientes con retención ósea	S/C
	Germectomía	S/C
	Liberación de dientes retenidos	S/C
	Tratamiento de osteomielitis	S/C
	Extracción de cuerpo extraño	S/C
	Alveolectomía correctiva (6 zonas) por zona	S/C
	Frenectomía	S/C
	Alargamiento de la corona clínica	S/C

REFERENCIAS: S/C = Sin Cargo // Ortodoncia: según PMO. // Prótesis e Implantes: fuera de cobertura

**BENEFICIOS ADICIONALES**

- **Ortodoncia:** ORTOPEDIA: se cubre tratamiento al 100%. Plazo mínimo de afiliación para gozar de este beneficio: 6 meses.  
ORTODONCIA: 60% La cobertura es de un (1) tratamiento, por única vez. Plazo mínimo de afiliación para gozar de este beneficio: 1 año.
- **Implantes:** Cobertura de un (1) implante dental. Se cubre una (1) pieza, por año aniversario. "Incluye implante, abutment y corona. No se incluyen rellenos oseos ni membranas. El beneficio se brindará en consultorios odontológicos seleccionados, no hay reintegros. Plazo mínimo de afiliación al plan: 12 meses consecutivos."
- **Radiografía panorámica:** Radiografía odontológica panorámica sin coseguro en prestadores de cartilla.
- **Placa de descanso:** Placa de descanso por Bruxismo. Una placa por integrante del grupo familiar, por año calendario en centro designado por Integral.
- **Óptica:** Anteojos para mayores de 15 años, cualquier corrección. Se cubre un (1) elemento, por año aniversario. "Armazón institucional, monofocal, blanco. No se cubren Bifocales, ni multifocales. No se cubren tratamientos especiales en los cristales. El beneficio se realizará en ópticas seleccionadas, no hay reintegros. Plazo mínimo de afiliación al plan: 3 meses consecutivos."
- **Flebología:** Tratamiento esclerosante de varices hasta 8 sesiones por asociado por año calendario.
- **Asistencia al viajero:** Cobertura Nacional y Limitrofe Assist Card.
- **Acompañante en internación:** Acompañante en Internación en Adultos hasta 5 días por año Sin Cargo.
- **Cirugía refractiva:** Cirugía de Ojos Excimer Laser (1 año de permanencia en el plan para dioptrías superiores a 3, según evidencia medica avalada)
- **Consulta médica en domicilio:** Sin cargo.

**Beneficios sujetos a modificación sin previo aviso.**