

**Somos  
Prevención,  
y somos  
Salud.**

**La prepaga para vos.**

**PrevencionSaludOficial.com.ar**

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

**A  
4**

**Prevención Salud  
de SANCOR SEGUROS**



# Plan A4

Este plan te ofrece una cartilla de prestadores de mayor prestigio a nivel nacional, un amplio vademécum, reintegros superadores y una cobertura más amplia en óptica, odontología, kinesiología y fisioterapia. Además, entre sus diferenciales, comprende el acceso a cirugías estéticas. Estamos a tu lado sin importar dónde estés. Por eso, tu asistencia al viajero funciona a nivel nacional e internacional.



## Conocé las características generales de este Plan:

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 (Radiología, Ecografía, Resonancias, Tomografías, entre otras)	ST / SL	SI
Kinesiología - Fisioterapia	40	SI
Fonoaudiología	sesiones	SI

40

MEDICAMENTOS	COBERTURA	REINT.
Medicamentos Ambulatorios (descuentos en farmacias adheridas)	40%	SI
Vacunas	Según Vademécum	SI
Medicamentos Crónicos (Res. 310)	70%	SI
Medicamentos en Internación	100%	SI
Medicamentos y Vacunas del Plan Materno Infantil	100% Según Vademécum	NO
Medicamentos Oncológicos - HIV	100%	NO
Medicamentos Inmunosupresores	100%	NO

COBERTURA EN INTERNACIÓN	COBERTURA	REINT.
Tipo de Habitación	Individual	SI
Internación Clínica y/o Quirúrgica	ST / SL	SI
Especializada (Unidad de Terapia Intensiva, Unidad Coronaria, Neonatología, Pediatría, Maternidad)	ST / SL	SI
Hemodinamia y Cirugía Cardiovascular	ST / SL	SI
Material Descartable	100%	SI

PLAN MATERNO INFANTIL	COBERTURA	REINT.
Cobertura en maternidad y en asistencia al recién nacido.	100%	SI

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, con una antigüedad mínima de 6 meses.	SI
Ortodoncia prestacional Prestación sujeta a validación de auditoría odontológica.	100% de cobertura hasta 35 años, por única vez, en prestadores designados. Prevención Salud según cartilla, con una antigüedad mínima de 6 meses.	SI

## Además incluye las siguientes coberturas:

OTROS SERVICIOS	COBERTURA	REINT.
Flebología (tratamiento esclerosante de várices)	8 sesiones	SI
Ecografías 3D o 4D	1 por embarazo desde el 5to. mes	SI
Hemodiálisis*	100%	NO
Trasplantes*	100%	NO
Prótesis e Implantes según PMO*	Por reintegro	SI
Órtesis según PMO*	Por reintegro	SI
Yeso Plástico	100%	SI
Ortopedia (plantilla y calzado ortopédico)	Por reintegro	SI
DIU*	1 cada 5 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
Cirugía estética*	CT / CL / 1 cada 2 años con antigüedad mínima de 18 meses.	SI

## NOTAS Y REFERENCIAS

SC: Sin Copago    CC: Con Copago    ST: Sin Tope    CT: Con Tope    SL: Sin Límite    CL: Con Límite    REINT: Reintegro

El plan de cobertura es de tipo "abierto", es decir, sus beneficiarios podrán solicitar el reintegro correspondiente ante la realización de una práctica con prestadores que no 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.

SALUD MENTAL	COBERTURA	REINT.
Consultas (Psiquiatría y Psicología)	Hasta 30 sesiones / CC	SI
Internación Psiquiátrica	Hasta 30 días	NO

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 12 meses.	SI

## BENEFICIOS ESPECIALES

**Seguro de Continuidad**  
En caso de fallecimiento del titular, el grupo familiar cuenta con una extensión total de 6 meses en la cobertura PMO sin cargo.

**Seguro de Sepelio**  
Subsidio por monto fijo para gastos de sepelio ante fallecimiento del titular o cónyuge.

**Servicio de Asistencia al Viajero**  
Cobertura Nacional e Internacional.

**Consultorio Médico Virtual**  
Atención médica en tu celular las 24hs los 365 días del año.

**Óptica digital**  
Comprá tus lentes recetados, de contacto y de sol desde cualquier dispositivo, al mejor precio y recibilos en tu casa, sin costos de envío.

\*Prestación sujeta a validación de auditoría médica.

Los reintegros están sujetos al valor del plan y son por año calendario, no acumulables y según normas de Prevención Salud. Pueden solicitarse únicamente cuando fuera realizada con prestadores/profesionales que no formen parte de la cartilla médica.

En óptica se reconoce por año un par de cristales estándar o bifocales y un par de lentes de contacto.