



CONDICIONES PARTICULARES

TIPO DE PLAN	COBERTURA POR PERSONA Y POR AÑO (aniversario de fecha de ingreso)																		
	H	G		F							E								
PLANES	Oro	8	Joven Plus	1, 2, 4, 5 y 1E	Kinderplan	3	15	150	Joven	Classic	Dak	1A, 2A, 4A, 5A y 1EA	3A	8A	15A	A	AJ	Kinerplan A	
PRESTACIÓN																			
INTERNACION	Habitación individual	■	■	■	■					■		■		■					
	Habitación individual (serv./dif.)	■																	
	Habitación compartida						■		■										
	Pensión, honorarios médicos, derechos operatorios	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	Terapia Intensiva y Unidad Coronaria	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	Maternidad (*)	■	■	■	■	■	■	■	■	O	■								
	Medicamentos y material descartable	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■								
	Pensión de acompañante	3		3m															
	Internación psiquiátrica (casos agudos)	30d	30d	30d	30d	30d	30d	30d	30d	30d	30d	No tiene cobertura en internación				30d	30d	30d	
	De urgencia en Centro de Cartilla (exclusivamente para Socios residentes)	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A							A	A

(*) La cobertura por maternidad es exclusivamente para el titular del plan o su cónyuge. ■= SI O= Opcional 30d= 30 días por año calendario 3= 3 días para cualquier tipo de internación para el titular del plan o su cónyuge. 3m= 3 días para internación por maternidad A= sólo en centros autorizados para el Plan (ver Centros de Atención)



TIPO DE PLAN	COBERTURA POR PERSONA Y POR AÑO (aniversario de fecha de ingreso)																			
	H	G		F							E									
PLANES	Oro	8	Joven Plus	1, 2, 4, 5 y 1E	Kinderplan	3	15	150	Joven	Classic	Dak	1A, 2A, 4A, 5A y 1EA	3A	8A	15A	A	AJ	Kinderplan A		
CONSULTAS EN AMBULATORIO	PRESTACIÓN																			
	En Guardia Hospital Alemán	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	Sin copago																			
	Con copago																			
	En consultorios Hospital Alemán	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	Sin copago																			
	Con copago																			
	En consultorios particulares	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	Sin copago																			
	Con copago																			
	A domicilio (hasta 50 km. del H. Alemán)	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	Sin copago																			
	Con copago																			
En Guardia Centros de Cartilla	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	
Sin copago																				
Con copago																				
En consultorios externos de Centros de Cartilla (exclusivamente para socios residentes)	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	
Sin copago																				
Con copago																				

■ = SI 9L= 9 consultas libres de copago A= sólo en centros autorizados para el Plan (ver Centros de Atención)

CONDICIONES PARTICULARES



CONDICIONES PARTICULARES

TIPO DE PLAN	COBERTURA POR PERSONA Y POR AÑO (aniversario de fecha de ingreso)																		
	H	G		F								E							
PLANES	Oro	8	Joven Plus	1, 2, 4, 5 y 1E	Kinderplan	3	15	150	Joven	Classic	Dak	1A, 2A, 4A, 5A y 1EA	3A	8A	15A	A	AJ	Kinderplan A	
PRESTACIÓN																			
ESTUDIOS Y PRÁCTICAS	Estudios y prácticas en el Hospital Alemán	Sin copago	Sin copago	Cobertura de contraste	Receta de médicos externos	Estudios y prácticas en Centros de Cartilla (exclusivamente para socios residentes)	Sin copago	Con copago	Cobertura de contraste	Kinesiología (25 sesiones)	Sin copago	10 sin copago y 15 con copago	Con copago	Fonoaudiología (20 sesiones)	Sin copago	20 sin copago y 10 con copago	Con copago		
REHABILITACIÓN							A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A

■ = SI

A = sólo en centros autorizados para el Plan (ver Centros de Atención)



TIPO DE PLAN	COBERTURA POR PERSONA Y POR AÑO (aniversario de fecha de ingreso)																		
	H	G		F								E							
	Oro	8	Joven Plus	1, 2, 4, 5 y 1E	Kinderplan	3	15	150	Joven	Classic	Dak	1A, 2A, 4A, 5A y 1EA	3A	8A	15A	A	AJ	Kinderplan A	
PLANES																			
	PRESTACIÓN																		
MEDICAMENTOS	Descuento en medicamentos																		
	40% en Farmacia HA	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	50% en Farmacia HA	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	100% en Farmacia HA para menores de 1 año y embarazadas (*)	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	40% en Farmacias de red	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Receta de médicos externos	■																		
AMBULANCIA (hasta 50 km. del H. Alemán)																			
Emergencias	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Psiquiatría																			
En consultorio particular	6L	6L	6L	6L	6L	6L	6L	6L	6L	6L	6L	6L	6L	6L	6L	6L	6L	6L	6L
En el Hospital Alemán con copago	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Psicología																			
En consultorio particular con copago	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
En el Hospital Alemán con copago	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

(*) La cobertura por maternidad es exclusivamente para el titular del plan o su cónyuge.

■= SI

6L= 6 consultas libres por año (1 por mes)
A= sólo en centros autorizados para el Plan (ver Centros de Atención)



CONDICIONES PARTICULARES



CONDICIONES PARTICULARES



TIPO DE PLAN	COBERTURA POR PERSONA Y POR AÑO (aniversario de fecha de ingreso)																		
	H	G		F								E							
PLANES	Oro	8	Joven Plus	1, 2, 4, 5 y 1E	Kinderplan	3	15	150	Joven	Classic	Dak	1A, 2A, 4A, 5A y 1EA	3A	8A	15A	A	AJ	Kinderplan A	
PRESTACIÓN																			
REINTEGROS	Reintegro por consultas médicas																		
	Sin reintegros																		
	5 x \$20																		
	5 x \$25																		
	7 x \$30																		
	10 x \$50																		
ODONTOLOGÍA	Odontología																		
	Básica con coseguro																		
	Integral sin coseguro																		
	Valores preferenciales en prótesis, implantes y ortodoncia																		
VIAJERO	Asistencia en viaje																		
	Dentro del territorio de la República Argentina																		

Asistencia en caso de urgencia o emergencia a más de 100 km. de la residencia del Socio. Servicio contratado con una empresa especializada, de acuerdo a sus condiciones.

■= SI

○= Opcional