



**CONDICIONES PARTICULARES**

TIPO DE PLAN	COBERTURA POR PERSONA Y POR AÑO (aniversario de fecha de ingreso)																				
	H	G		F							E										
<b>PLANES</b>	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			
<b>PRESTACIÓN</b>											No tiene cobertura en internación										
<b>INTERNACION</b>																					
Habitación individual																					
Habitación individual (serv./dif.)																					
Habitación compartida																					
Pensión, honorarios médicos, derechos operatorios																					
Terapia Intensiva y Unidad Coronaria																					
Maternidad (*)																					
Medicamentos y material descartable																					
Pensión de acompañante																					
Internación psiquiátrica (casos agudos)																					
De urgencia en Centro de Cartilla (exclusivamente para Socios residentes)																					

(\*) 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			
<b>CONSULTAS EN AMBULATORIO</b>	<b>PRESTACIÓN</b>																				
	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	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	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	Kindertplan	3	15	150	Joven	Classic	Dak	1A, 2A, 4A, 5A y 1EA	3A	8A	15A	A	AJ	Kindertplan A	
<b>PRESTACIÓN</b>																			
<b>ESTUDIOS Y PRÁCTICAS</b>																			
Estudios y prácticas en el Hospital Alemán	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Sin copago	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Con copago	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Cobertura de contraste	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Receta de médicos externos	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
<b>ESTUDIOS Y PRÁCTICAS en Centros de Cartilla</b> (exclusivamente para socios residentes)																			
Sin copago	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
Con copago	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
Cobertura de contraste	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
<b>Kinesiología</b> (25 sesiones)																			
Sin copago	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
10 sin copago y 15 con copago		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Con copago		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
<b>Fonoaudiología</b> (20 sesiones)																			
Sin copago	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
20 sin copago y 10 con copago		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Con copago		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

■ = 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										
PLANES	PRESTACIÓN	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				
		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	En el Hospital Alemán con copago	Psicología	En consultorio particular con copago	En el Hospital Alemán con copago	6L	6L	6L	6L	6L	6L	6L
SALUD MENTAL		6L	6L	6L	6L	6L	6L	6L	6L	6L	6L	6L	6L	6L	6L	6L	6L	6L	6L	6L	6L	6L	6L
		6L	6L	6L	6L	6L	6L	6L	6L	6L	6L	6L	6L	6L	6L	6L	6L	6L	6L	6L	6L	6L	6L

(\*) 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	
<b>PRESTACIÓN</b>																			
<b>REINTEGROS</b>	Reintegro por consultas médicas																		
	Sin reintegros																		
	5 x \$20																		
	5 x \$25																		
	7 x \$30																		
	10 x \$50																		
<b>ODONTOLOGÍA</b>																			
	Básica con coseguro																		
	Integral sin coseguro																		
	Valores preferenciales en prótesis, implantes y ortodoncia																		
<b>VIAJERO</b>																			
	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