

BENEFICIOS DE UN PLAN A TU MEDIDA

PLAN PRIVILEGE

Sist. Abierto de Reintegros

Consultas		
En consultorio	ST-SL-SC	REINTEGRO: 20 consultas a \$100 c/u.
En domicilio	ST-SL-SC	
Emergencias	ST-SL-SC	
Prácticas de diagnóstico y tratamiento		
Estudio de rutina (Rx simple, laborat. simple, ECG)	ST-SL-SC	REINTEGRO: \$2500 por todo concepto.
Laboratorio (Alta y baja complejidad)	ST-SL-SC	
Radiología (Alta y baja complejidad)	ST-SL-SC	
Tratamientos Auxiliares		
Kinesioterapia*	Hasta 30 ses. SC	REINTEGRO: 30 consultas hasta \$50 c/u.
Fisioterapia*	Hasta 30 ses. SC	
Fonaudiología*	Hasta 30 ses. SC	
Cirugía ambulatoria		
Honorarios y gastos	ST-SL-SC	REINTEGRO: \$7500 por todo concepto.
Internación		
Urgencias clínicas y quirúrgicas	ST-SL-SC	REINTEGRO: \$15.000 por todo concepto.
Clínica	ST-SL-SC	
Quirúrgica	ST-SL-SC	
Terapia intensiva y unidad coronaria	ST-SL-SC	
Tipo de habitación	Individual	
Pensión de acompañante pediátrico (hasta 15 años)	Hasta 5 días SC	
Pensión de acompañante adulto	Hasta 5 días SC (solo HB)	

ST	SIN TOPE
SL	SIN LÍMITE
SC	SIN COPAGO
CC	CON COPAGO
CT	CON TOPE
CL	CON LÍMITE
CA	CON AUTORIZACIÓN

Maternidad		
Honorarios y gastos	ST-SL-SC	REINTEGRO: Parto normal: hasta \$7.500 Cesarea: hasta \$8.500
Tipo de habitación	individual	
Plan materno infantil		
Consultas y prácticas	ST-SL-SC	100%
Medicamentos	100%	
Vacunas (1)	100%	
Leches medicamentosas	100%	
Enfermedades oncológicas		
Prevención	ST-SL-SC	100%
Diagnóstico y tratamiento	ST-SL-SC	
Medicamentos (Aprobados por protocolos nacionales)	ST-SL-SC	
Diálisis	ST-SL-SC	100%
Trasplantes		
Estudios pre y post trasplante	ST-SL-SC	100% según P.M.O
Medicación inmunosupresora	ST-SL-SC	
Prótesis y Órtesis (Excluidas odontológicas)		
Prótesis e implantes internos	100% según P.M.O	50% según P.M.O
Prótesis y órtesis externas	50% según P.M.O	
Ambulancia de traslado		
Servicio de traslado (Con pedido médico)	ST-SL-SC-CA	100%
Servicio de traslado (Urgente)	ST-SL-CC	
Descuentos en farmacias adheridas		
Descuentos en farmacias del HB	45%	REINTEGRO: Hasta \$750 por internación
Descuentos en farmacias adheridas	40%	
En internación	100%	
Material descartable		
En ambulatorio	100%	REINTEGRO: Hasta \$750 por internación
En internación	100%	
Odontología		
Prevención y tratamiento	ST-SL-SC	REINTEGRO: Hasta \$1.500 por persona
Ortodoncia (Hasta 25 años) (2)	Aranceles diferenciados	REINTEGRO: Hasta \$2.500 por persona
Prótesis	Aranceles diferenciados	REINTEGRO: Hasta \$2.500 por persona

PSICOLOGÍA AMBULATORIA

Cobertura en tratamiento ambulatorio en la modalidad individual, grupal, familiar o de pareja en 30 sesiones.

COBERTURA NACIONAL E INTERNACIONAL AL VIAJERO

El Plan de Salud del Hospital Británico brinda a sus asociados protección ante las emergencias médicas que pudieran ocurrirles en sus viajes que no superen los 60 días corridos.

DESCUENTO EN MEDICAMENTOS AMBULATORIOS

Drogas Oncológicas, cobertura 100%. Medicamentos especiales, descuento de acuerdo a la Res. 310/2004MS.

ODONTOLOGÍA

Las siguientes prácticas de odontología general están cubiertas sin cargo: urgencias, consultas, operatoria dental, cirugía bucal, endodoncia, periodoncia, odontopediatría, odontología preventiva, radiografía seriada y panorámica.

Salud mental		
Consultas*	Hasta 30 consultas SC	Hasta 30 días SC
Internación (Sólo en casos agudos)*	Hasta 30 días SC	
Alergia (No incluye medicación fuera del manual farmacéutico)		
Consultas	ST-SL-SC	1 por año
Testificación total	1 por año	
Cobertura al viajero (Nacional, regional e internacional)		
Cobertura al viajero	Hasta 60 días sin cargo por viaje	
Tratamiento esclerosante		
Tratamiento esclerosante	12 sesiones por año por persona	
Óptica		
Anteojos	2 (dos) pares de anteojos por persona cada 2 años	2 (dos) pares de lentes de contacto por persona cada 2 años
Lentes de contacto	2 (dos) pares de lentes de contacto por persona cada 2 años	
Cirugía refractiva		
Cirugía por miopía (Mayores de 24 y menores de 60 años) (3)	Miopía 100% a partir de las 4 (cuatro) dioptrías por ojo -CA-	Astigmatismo 100% a partir de las 3 (tres) dioptrías por ojo -CA- Hipermetropía 100% a partir de las 3 (tres) dioptrías por ojo -CA-
Cirugía por astigmatismo (Mayores de 24 y menores de 60 años) (3)	Astigmatismo 100% a partir de las 3 (tres) dioptrías por ojo -CA-	
Cirugía por hipermetropía (Mayores de 24 y menores de 60 años) (3)	Hipermetropía 100% a partir de las 3 (tres) dioptrías por ojo -CA-	
Cirugía estética		
Cirugía estética (4)	1 (una) cirugía por año y por persona. Cobertura en prótesis hasta \$3.500	REINTEGRO: Hasta \$1200 cada 2 años
DIU		
DIU		REINTEGRO: Hasta \$1200 cada 2 años
Club de beneficios para el socio		
Tramites On Line		

(1) Se cubrirán el 100% de las vacunas incluidas en el calendario obligatorio. (2) Antigüedad mínima de 6 meses. (3) Para acceder a este beneficio deberá tener una antigüedad superior a los 6 meses y ser menor de 60 años. (4) Antigüedad mínima de 12 meses. * El tope es anual.