consejo
Profesional de Ciencias Económicas de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

# BENEFICIOS PLAN CELESTE SC 50

simeco
SISTEMA MÉDICO CONSEJO

| | POR CARTILLA |
|---|---|
| **CONSULTAS** | |
| En consultorio | CC $ 70 /ST/SL |
| Visitas domiciliarias | SC/CT/CL (*) |
| Urgencias | SC/ST/SL |
| **DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO** | |
| Análisis y radiografías | CC $ 40 / Según PMO |
| Tomografía Computada | CC $ 80 / Según PMO |
| Resonancia Nuclear Magnética | CC $ 80 /CT/CL |
| Otros estudios especiales | CC $ 80 / Según PMO |
| Material de contraste | SC/ST/SL |
| Material radiactivo | SC/ST/SL |
| Kinesiología - Fisioterapia - Láser y Magnetoterapia (Hasta 30 sesiones año calendario) | CC $ 20 /CT/CL |
| Fonoaudiología (Hasta 30 sesiones año calendario) | CC $ 20 /CT/CL |
| **MEDICAMENTOS** | |
| Farmacias adheridas | 40% |
| Farmacia Consejo Salud | 45% |
| Enfermedades crónicas prevalentes (Descuento PMO / Resolución 310) | 70% / 100% según corresponda |
| Anticonceptivos orales | 100% |
| En prácticas ambulatorias | 100% |
| Medicamentos Plan Materno Infantil | Según PMO |
| Medicamentos oncológicos | Según PMO |
| Medicamentos Inmunosupresores / HIV | Según PMO |
| **MATERIAL DESCARTABLE** | |
| En prácticas ambulatorias e internación | 100% |
| **VACUNAS** | |
| Farmacias adheridas y Centros contratados | 40% |
| Plan Materno Infantil | 100% |
| Calendario Oficial | 100% |
| **PROTESIS Y ORTESIS** | |
| Prótesis Quirúrgicas Nacionales (No Odontológicas) | Según PMO |
| Ortesis a medida nacionales | 50% (1) |
| **CUIDADOS DOMICILIARIOS** | |
| Seguimiento clínico | SC/ST/SL (2) |
| Kinesioterapia y servicio de enfermería | SC/ST/SL (2) |
| **SALUD MENTAL** | |
| Consulta y/o sesión (40 sesiones año calendario) | CC $ 160 /CT/CL |
| Internación psiquiátrica (Año calendario) | 30 días |
| **INTERNACION** | |
| Habitación | Compartida |
| Pensión y gastos sanatoriales (Internación quirúrgica) | SC/ST/SL |
| Pensión y gastos sanatoriales (Internación clínica) | SC/ST/SL |
| Pensión y gastos sanatoriales (UTI - UCO) | SC/ST/SL |
| Acompañante: hasta 15 años inclusive (Internación quirúrgica y clínica) | Todo el tiempo de internación |
| Cirugía Cardiovascular | SC/ST/SL |
| Transplantes | Según PMO |
| **HONORARIOS EN INTERNACION** | |
| Honorarios por cirugía, según Nomenclador Nacional | SC/ST/SL |
| Honorarios Clínicos | SC/ST/SL |
| **MATERNIDAD** | |
| Habitación en internación | Compartida |
| Parto Normal (pensión y gastos sanatoriales) | SC/ST/SL |
| Parto Normal (Honorarios) | SC/ST/SL |
| Parto Cesárea (Pensión y gastos sanatoriales) | SC/ST/SL |
| Parto Cesárea (Honorarios) | SC/ST/SL |
| **ENFERMEDADES ONCOLOGICAS** | |
| Prevención, diagnóstico y tratamiento | Según PMO |
| **ODONTOLOGIA** | |
| Odontología General | CC $ 5 /ST/SL |
| Ortopedia funcional (por única vez) | SC/CT/CL (3) |
| Ortodoncia (por única vez) | SC/CT/CL (3) |
| **OPTICA** | |
| Anteojos (1 por año) | SC/CT/CL |
| **COBERTURA EN EL INTERIOR DEL PAIS** | |
| Cobertura en Urgencias y Emergencias nacionales a más de 50 km. | SC/CT/CL (4) |
| Traslados en ambulancia | SC/CT/CL (5) |
| **COBERTURA MEDICA POR FALLECIMIENTO DE TITULAR** | |
| Cobertura gratuita por seis meses para el grupo familiar primario | - - - |

**Referencias**
**SC: sin cargo / ST: sin tope / SL: sin límite CT: con tope / CL: con limite / CC: con cargo**

**Observaciones:**
***El plan SC 50 se rige exclusivamente por normas del PMO (Programa Médico Obligatorio), todo lo que exceda será a cargo del asociado.***

**(*) A partir de la tercer consulta en domicilio efectuada en el mismo mes deberá abonar $200.**
**(1) Sistema abierto: Presentando 3 presupuestos, 50% menor valor (acorde valor de mercado).**

**(2) Se brindarán servicios domiciliarios para resolución de cuadros clínicos puntuales, por tiempo limitado y según lo indicado por el servicio médico**

**propio. No se encuentran cubiertos cuidados para cuadros crónicos. En caso de cuidados paliativos, cobertura 100% de analgésicos específicos.**
**(3) Un aparato por única vez, fijo o móvil ( sólo se cubrirá uno de los tratamientos) de 8 a 18 años.**
**(4) Cobertura exclusivamente de urgencias médicas y odontológicas a través de prestador contratado.**
**(5) Cobertura del traslado hasta el lugar más cercano que posea la complejidad necesaria para atender el cuadro del paciente.**

**Las prestaciones incorporadas a los planes asistenciales como consecuencia de la aplicación del Programa Médico Obligatorio y/o cualquier otra disposición actual o futura que se agregue al mismo, serán cubiertas exclusivamente con autorización previa de la Auditoría Médica de SIMECO, quien determinará a su criterio los establecimientos, los profesionales y los protocolos de medicamentos (únicamente los aprobados por el Programa de Garantía de Calidad del Ministerio de Salud de la Nación), pudiendo los mismos diferir de los prestadores contenidos en la cartilla que integra este documento.**