



CONDICIONES PARTICULARES DE MEDICINA PREPAGADA PLAN MEGAPLUS SIN DEDUCIBLE

1. La compañía reembolsará, por concepto de honorarios médicos hasta el máximo establecido en la Tabla de Honorarios Médicos Mc-Graw-Hill (según el valor convenido para cada unidad).
2. El profesional de salud debe estar registrado en el Ministerio de Salud Pública del Ecuador.
3. Límite de edad para ingreso hasta 65 años.
4. Para nuevas inclusiones el límite de edad será de 65 años (PLUS MEDICAL SERVICES S.A. se reserva el derecho de aceptar o negar la inclusión). Para el ingreso de personas mayores a 59 años 11 meses 29 días, será previo a un chequeo médico en los lugares designados por PLUS MEDICAL SERVICES S.A. (El costo de dicho chequeo será asumido por el cliente).
5. Sin límite de edad de Permanencia.
6. Límite de edad para dependientes será hasta el día en que cumplan los 25 años de edad, siempre y cuando sean solteros, estudiantes a tiempo completo, sin relación laboral y dependan económicamente del titular.
7. Para los dependientes mayores de 18 años al momento de presentar su primer reclamo, se adjuntará documentos que demuestren su dependencia familiar; los mismos que deberán ser actualizados anualmente. Límite de edad para dependientes será hasta el momento en que cumplan los 25 años, siempre y cuando sean solteros, estudiantes y dependan económicamente del titular.
8. Período de presentación de reclamos y alcances 90 días, contados a partir de la fecha de incurrancia de cada gasto (tomando como referencia las fechas de emisión de facturas, recetas, resultados de exámenes o cualquier otro documento que soporte el reclamo). Los reclamos presentados total o parcialmente después de este período no tienen derecho a cobertura.
9. El periodo de acumulación de cuentas es de ciento ochenta (180) días. Tiempo durante el cual el afiliado puede acumular los gastos médicos incurridos por una incapacidad que requiera tratamiento continuo.
10. Periodo de incapacidad 365 días.
11. Liquidación de reclamos 8 días laborables, a partir de la fecha de presentación de la documentación completa en PLUS MEDICAL SERVICES S.A. (La fecha de presentación efectiva se contará siempre que la documentación ingrese hasta las 15 horas, caso contrario la fecha corresponderá al día siguiente).
12. En caso de cancelación del contrato, el contratante tendrá 30 días para la presentación de los reclamos incurridos durante la vigencia del contrato.
13. Los pagos de primas deberán ser realizados cada mes dentro de los primeros diez (10) días.
14. Para el ingreso de titular o dependientes se llenará la declaración de salud en la que se indique el estado de salud de los mismos y demás documentos que indique PLUS MEDICAL SERVICES S.A.
15. Carencia de Accidentes 24 horas.
16. Cobertura de Apendicitis 24 horas.
17. Carencia Ambulatoria dentro de la Red Plus Medical 10 días.
18. Carencia Ambulatoria fuera de la Red Plus Medical 90 días.
19. Carencia Hospitalaria dentro o fuera de la Red Plus Medical 90 días.
20. Carencia de Histerectomía 180 días.
21. Periodo de carencia para Endoscopías y Colonoscopías 90 días, siempre y cuando cumpla con las condiciones del contrato.
22. Carencia de 12 meses para enfermedades pre-existentes declaradas. En caso de que el asegurado venga de otro seguro, se eliminará el período de carencia y la cobertura se otorgará hasta los montos asignados en el cuadro de beneficios.
23. Se mantienen los períodos de carencia, según condiciones particulares y cláusulas del contrato, a menos que el cliente presente un certificado de cobertura de la compañía

www.plusmedical.com.ec



- anterior dentro de un plazo máximo de 15 días, contados a partir de la fecha de recepción de los documentos entregados a Plus Medical con el cual se eliminaría los periodos de carencia.
24. Se mantienen las exclusiones de acuerdo a las condiciones generales del contrato.
 25. Revisión de siniestralidad anual, a toda la cartera tomando como referencia el 1ro. de Enero de cada año.
 26. No hay cobertura para maternidades en curso.
 27. La maternidad será cubierta única y exclusivamente para Titular y/o Cónyuge.
 28. Para que la maternidad se encuentre cubierta ésta debe iniciar a los 180 días después del ingreso del afiliado al contrato, venga o no de otro seguro. PLUS MEDICAL SERVICES S.A. solicitará los documentos de respaldo que considere necesarios.
 29. Cobertura de vitaminas y minerales recetada en la maternidad dentro del beneficio estipulado en las coberturas.
 30. Cuando la maternidad no haya sido cubierta, se podrá incluir, al recién nacido desde las 24 horas de vida con la presentación de una solicitud, declaración de salud, certificado de nacido vivo y certificado que contenga la información médica completa del estado de salud del neonato. La compañía se reserva el derecho de aceptar o no dicha inclusión y se aplicará los periodos de carencia y pre-existencia.
 31. Cuando la maternidad no haya sido cubierta; y en caso de que el neonato dentro de los 30 días de nacido presentare alguna enfermedad congénita, aplicará los montos asignados para enfermedades pre-existentes. La compañía se reserva el derecho de aceptar o no dicha inclusión y se aplicará los periodos de carencia y pre-existencia.
 32. Maternidades que tuvieren cobertura, el/los neonatos hasta las 72 horas cumplidas de nacido vivo, gozará/n inmediatamente de un monto total predeterminado para su atención, al 100%, de acuerdo al plan contratado, siempre y cuando el neonato haya tenido complicaciones.
 33. Maternidades que tuvieren cobertura, para incluir al neonato, el titular deberá presentar formulario de afiliación, declaración de salud, certificado de nacido vivo y certificado que contenga la información médica completa del neonato, dentro de los primeros 30 días de nacido. En caso de que el neonato incurra en una incapacidad, los montos que se aplicarán serán los mismos para las enfermedades congénitas sin aplicación de periodos de carencias.
 34. Crédito hospitalario según anexo de prestadores por plan.
 35. En caso de hospitalización libre elección se tramitará vía reembolso al 70% y tomando en cuenta los costos fijados por nuestra red.
 36. El afiliado deberá dejar una garantía firmada en el hospital o clínica en el momento de su ingreso.
 37. Para hacer uso del crédito en una cirugía programada, es necesario realizar una pre-autorización con 72 horas de anticipación, de lo contrario se cubrirá al 50%.
 38. Crédito ambulatorio al 80% para resonancia magnética - RMN, siempre y cuando cumpla con las condiciones del contrato; previa solicitud, documentos probatorios y únicamente en los centros asignados por Plus Medical Services S.A.
 39. Médico a domicilio las 24 horas del día.
 40. Cobertura de acné, se reembolsará la primera consulta y luego una consulta trimestral, para la cobertura de medicinas y exámenes deberá presentar el resultado histopatológico que demuestre la incapacidad, más no por prevención.
 41. Cobertura de lesiones causadas a consecuencia de la práctica casual o rutinaria de deportes catalogados como de alto riesgo.
 42. Segunda opinión médica únicamente para enfermedades graves (Cáncer, Derrame Cerebral, Infarto Agudo de Miocardio, Cirugía de Bypass Arterio coronaria, Enfermedades Neurovasculares, Enfermedades Cardiovasculares).
 43. Hernias siempre y cuando sea una condición preexistente declarada con aplicación de periodo de carencia, de acuerdo al siguiente porcentaje: de uno a dos años se cubrirá al



- 25% y de dos en adelante al 100% del monto de preexistencia.
44. Cobertura de tratamientos convencionales y científicamente aceptados, para el Síndrome de Inmune Deficiencia Adquirida, para titular y/o cónyuge con cobertura del 50% del monto contratado.
 45. Preservación de células madre, del cordón umbilical con Biocells de acuerdo al porcentaje establecido en el cuadro de beneficios.
 46. Complicaciones de maternidad y post parto de acuerdo al monto establecido en el cuadro de beneficios, luego de superar el período de carencia de 180 días.

BENEFICIOS ADICIONALES AL 80%

1. Cobertura de enfermedades congénitas diagnosticadas como cualquier incapacidad para titulares y dependientes, hasta el límite máximo establecido para enfermedades preexistentes.
2. Cobertura de enfermedades preexistentes hasta los montos asignados en el cuadro de beneficios de acuerdo al plan contratado. Condiciones médicas consecuentes de cualquier enfermedad y/o accidente previo, pasado o decurrente, que hayan sido diagnosticadas con anterioridad a la vigencia del contrato, hayan requerido hospitalización, tratamiento médico y/o medicamentos.
3. Cobertura de reclamos por gastos generados en el exterior, de acuerdo a lo razonable y acostumbrado al medio ecuatoriano y conforme a los códigos de la tabla Mc-Graw-Hill, según costos promedios de la red y plan contratado.
4. Cobertura de consultas homeopáticas y de acupuntura vía reembolso; siempre que el Médico tratante se encuentre registrado y autorizado por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador.
5. Cobertura de terapias de rehabilitación físicas y terapias respiratorias vía reembolso, médicamente necesaria de acuerdo a lo razonable y acostumbrado.
6. Cobertura para la adquisición y/o alquiler de muletas y sillas de ruedas; siempre y cuando sean parte de una recuperación y médicamente necesarias como cualquier incapacidad para titular y dependientes.
7. Cobertura de adquisición y/o alquiler de aparatos ortopédicos como cualquier incapacidad, siempre y cuando sean parte del tratamiento, de un diagnóstico cubierto por este contrato, para titulares y dependientes.
8. Cobertura de medias elásticas una vez por año, siempre que sean médicamente necesarias como parte del tratamiento de una enfermedad.
9. Cobertura de Control Niño Sano libre elección, aplica cuando la maternidad haya tenido cobertura o el asegurado venga de otra póliza, hasta el tope de consulta médica de acuerdo al plan contratado, según el siguiente cuadro:

- De 0 a 1 año, 1 consulta mensual
- De 1 a 3 años, 1 consulta trimestral

En caso de existir un diagnóstico dentro de este control, éste no se considera como tal y será tratado como cualquier incapacidad.

10. Cobertura de vacunas pediátricas aplica cuando la maternidad haya tenido cobertura o el asegurado venga de otra póliza, hasta el monto detallado en el cuadro de beneficios, de acuerdo al siguiente detalle:
- BCG (tuberculosis)
 - DTP (difteria, tétanos, pertusis o tosferina)
 - PVO (poliomielitis)
 - MMR o SRP (sarampión paperas y rubéola)
 - ROTAVIRUS



- Hepatitis A y B
- Meningitis
- Fiebre amarilla

11. Cobertura de una mamografía bilateral de control una vez al año en la vigencia del contrato, para personas mayores de 40 años, para titulares y cónyuges. En caso de existir diagnóstico se pagará como cualquier incapacidad como parte del tratamiento. No se cubren chequeos masivos.

Beneficios a partir de un año de vigencia:

1. Ligadura y vasectomía.
2. Zapatos y plantillas ortopédicas.
3. Eximer Láser luego de las 5.5 dioptrías donde Plus Medical indique.
4. Extracción de terceros molares donde Plus Medical indique.

BENEFICIOS ADICIONALES AL 100%

1. Cuarto y alimento diario dentro y fuera de la red sin límite de días.
2. Terapia intensiva dentro y fuera de la red sin límite de días.
3. Máximo de días por tipo de habitación sin límite de días.
4. Cobertura de ambulancia terrestre vía reembolso, siempre y cuando sea médicamente necesaria y comprobada, de acuerdo al monto establecido en el cuadro de beneficios. Para la restitución del gasto se requiere la presentación de facturas.
5. Cobertura de emergencia por accidente hasta el límite contratado, el mismo que deberá ser reportado dentro de las 48 horas. Se cubre únicamente para casos ambulatorios y la prestación de servicios médicos se debe realizar dentro de las primeras 24 horas de ocurrido el evento.
6. Cobertura de un examen Papanicolaou de control una vez al año, para titular y/o cónyuge, hasta el monto y porcentaje detallado en el cuadro de beneficios.
7. Cobertura de antígeno prostático total, una vez al año para el titular y/o cónyuge, mayores a 40 años hasta el monto y porcentaje detallado en el cuadro de beneficios.
8. Cobertura de prótesis no dental, siempre y cuando sean médicamente necesarios. Se cubre la colocación de la prótesis más no reemplazos, una vez al año para titulares y dependientes, de acuerdo al monto estipulado en el cuadro de beneficios.
9. Cobertura vitalicia de trasplante de órganos, hasta el monto detallado en el cuadro de beneficios.
10. Cobertura vitalicia de gastos médicos incurridos para el donante vivo, hasta el monto detallado en el cuadro de beneficios, esta cobertura aplica una vez en la vida del contratante.

Nota importante: Algunas de las condiciones mencionadas podrían sufrir variaciones en razón de los cambios de políticas internas de los prestadores en convenio y/o por situaciones administrativas de los participantes del mismo.

SERVICIOS ADICIONALES

EMERGENCIA MEDICA: comprobada por enfermedad o accidente durante viajes al exterior, por viaje con un máximo de 30 días al 100% hasta los montos asignados en el cuadro de beneficios. Para la presentación de reclamos, el asegurado deberá adjuntar la documentación completa y adicionalmente copia a color del pasaporte.

www.plusmedical.com.ec



PLAN DENTAL.- Descuentos del 30% en todos los procedimientos dentro de la red Dental Services.

SERVICIO EXEQUIAL.- PLUS MEDICAL SERVICES S.A., con el respaldo de **JARDINES DEL VALLE** a nivel nacional, ha incluido el SERVICIO EXEQUIAL en caso de muerte por cualquier causa de sus afiliados; Los beneficios que brinda el plan son los siguientes:

- Sala de velación 24 horas en Salón Republicano de Casa Girón, Centro de Velaciones Sur.
- Camposanto o salas de velación afiliadas a nivel nacional.
- Trámites legales (Registro Civil – Dirección de Salud).
- Traslados a salas de velación y Camposanto.
- Tanatopraxia, formolización, cofre metálico, servicio de cafetería.
- Servicio telefónico local, libro de condolencias, Servicio religioso de acuerdo al culto, arreglos florales.
- Nicho en un Camposanto, por 4 años:
 - En Quito - Jardines del Valle o, Camposanto afiliados a nivel nacional
- Cremación:
 - Urna y columbario en Quito – Jardines del Valle, o
 - Urna en compañías afiliadas a nivel nacional.

En caso de requerir los servicios exequiales, contactarse a los números de teléfono:
1800CGIRON (1800-244766)

SEGURO DE VIDA Y ANEXOS.- PLUS MEDICAL SERVICES S.A., con el respaldo de **INTEROCEANICA C.A. SEGUROS Y REASEGUROS**, ha incluido las siguientes coberturas en el PLAN SEGURO DE VIDA Y ANEXOS:

- **Muerte por cualquier causa:** este beneficio se aplicará en caso de fallecimiento del titular asegurado, por cualquier causa y en cualquier lugar del mundo estando bajo este anexo, la suma por el cual se encontraba asegurado (luego de recibir los documentos probatorios), de acuerdo al cuadro de Beneficiarios designados, a la persona o personas legalmente autorizadas a recibir el beneficio.
- **Muerte y/o desmembración accidental:** si el titular sufre alguna lesión corporal resultante de un accidente, y si luego de los noventa días de ocurrida dicha lesión perdiera los miembros y/o la vida, la compañía (luego de recibir los documentos probatorios) pagará el capital asegurado o porcentaje al propio titular o a los beneficiarios según sea el caso.
- **Incapacidad total y permanente:** si luego del primer año de cobertura a causa de enfermedad o accidente ocurridos durante la vigencia de este anexo, un titular asegurado quedare imposibilitado de manera irrecuperable de ejercer alguna ocupación que le proporcionare una remuneración pecuniaria, la compañía pagará al titular asegurado, el capital garantizado bajo este anexo, en un solo pago al sexto mes de comprobada la incapacidad total y permanente.

IMPORTANTE:

“Autorizo (amos) expresa e irrevocablemente a PLUS MEDICAL SERVICES S.A. ECUATORIANA DE MEDICINA PREPAGADA . a quien sea el futuro cesionario, beneficiario o acreedor del crédito solicitado o del documento o título cambiario que lo respalde para que obtenga cuantas veces sean necesarias, de cualquier fuente de información, incluidos los burós de crédito, mi información de riesgos crediticios, de igual forma PLUS MEDICAL SERVICES S.A. ECUATORIANA DE MEDICINA PREPAGADA. o quien sea el futuro cesionario, beneficiario o acreedor del crédito solicitado o del documento o título cambiario que lo respalde queda expresamente autorizado para que pueda transferir o entregar dicha información a los burós de crédito y/o a la Central de Riesgos si fuere pertinente”

www.plusmedical.com.ec



A la suscripción del contrato:

- Costo anual de servicio para el titular \$ 10.00 más impuestos
- Costo anual de servicio para los dependientes \$ 10.00 más impuestos (opcional)

En la ciudad de _____ al _____ de _____ de _____

PROPUESTO AFILIADO PLUS MEDICAL SERVICES S.A.

.....
CONTRATANTE

**EDUARDO RIVADENEIRA LOPEZ
GERENTE GENERAL
PLUS MEDICAL SERVICES S.A**