



PLAN EMPRESARIAL				
BENEFICIOS Y COBERTURAS	PLAN 1	PLAN 2	PLAN 4	PLAN 7
LIMITE MAXIMO POR INCAPACIDAD	\$10,000	\$20,000	\$40,000	\$70,000
COBERTURA AMBULATORIA				
COBERTURA AMBULATORIA DENTRO DE LA RED PLUS MEDICAL (FEE ADMINISTRATIVO USD 3.50)	100%	100%	100%	100%
COBERTURA DE EXAMENES DE LABORATORIO CLINICO, IMAGEN DENTRO DE LA RED AMBULATORIA PLUS MEDICAL	100%	100%	100%	100%
COBERTURA AMBULATORIA LIBRE ELECCION (VIA REEMBOLSO)	80%	80%	80%	80%
COBERTURA DE EXAMENES DE LABORATORIO CLINICO, DE IMAGEN, LIBRE ELECCION	80%	80%	80%	80%
COBERTURA DE MEDICINAS (VIA REEMBOLSO)	80%	80%	80%	80%
VALOR TOPE DE CONSULTA AL 80%	\$65	\$65	\$65	\$65
COBERTURA HOSPITALARIA				
TERAPIA INTENSIVA DENTRO DE LA RED PLUS MEDICAL	90%	90%	90%	90%
TERAPIA INTENSIVA LIBRE ELECCION (VIA REEMBOLSO)	70%	70%	70%	70%
CUARTO Y ALIMENTO DIARIO SIN LIMITE DE DIAS AL 100%	\$170	\$180	\$200	\$220
COBERTURA HOSPITALARIA DENTRO DE LA RED PLUS MEDICAL	90%	90%	90%	90%
COBERTURA HOSPITALARIA LIBRE ELECCION (VIA REEMBOLSO)	70%	70%	70%	70%
LIMITE DE COASEGURO HOSPITALARIO DENTRO DE LA RED PLUS MEDICAL (METROPOLITANO, VALLES, NOVACLINICA Y PICHINCHA)	\$5,000	\$5,000	\$8,000	\$10,000
LIMITE DE COASEGURO HOSPITALARIO DENTRO DE LA RED PLUS MEDICAL (N/A METROPOLITANO, VALLES, NOVACLINICA Y PICHINCHA)	\$3,500	\$3,500	\$6,500	\$8,500
DEDUCIBLE				
DEDUCIBLE POR AFILIADO (AÑO CONTRATO)	\$90	\$100	\$110	\$130
BENEFICIOS ADICIONALES				
MEDICO A DOMICILIO	\$10	\$10	\$10	\$10
CAMA ACOMPAÑANTE PARA NIÑOS MENORES DE 15 AÑOS AL 80%	\$60	\$60	\$60	\$60
EMERGENCIA POR ACCIDENTE AL 100%	\$500	\$700	\$900	\$1,000
EMERGENCIA MEDICA POR VIAJES AL EXTERIOR AL 100%	\$12,000	\$12,000	\$12,000	\$12,000
MAXIMO DE DIAS POR VIAJE	30 DIAS	30 DIAS	30 DIAS	30 DIAS
DEDUCIBLE POR EMERGENCIA EN EL EXTERIOR	\$200	\$200	\$200	\$200
AMBULANCIA TERRESTRE (VIA REEMBOLSO)	100%	100%	100%	100%
AMBULANCIA AEREA (VIA REEMBOLSO) AL 100%	\$2,000	\$3,000	\$3,500	\$3,800
COBERTURA DE PREXISTENCIAS DECLARADAS LUEGO DE SUPERAR EL PERIODO DE CARENCIA DE 90 DIAS	\$3,000	\$4,000	\$4,500	\$6,000
COBERTURA DE PAPANICOLAU TITULAR Y/O CONYUGE	80%	80%	80%	80%
ANTIGENO PROSTATICO TOTAL TITULAR Y/O CONYUGE	80%	80%	80%	80%
COBERTURA DE MAMOGRAFIA TITULAR Y/O CONYUGE	80%	80%	80%	80%
COBERTURA DE CONSULTAS Y MEDICINA HOMEOPATICA, ACUPUNTURA, MEDICINA NATURAL Y BIOENERGETICA (VIA REEMBOLSO)	80%	80%	80%	80%
COBERTURA DE TERAPIAS DE REHABILITACION FISICAS, TERAPIAS RESPIRATORIAS POR AFILIADO (VIA REEMBOLSO)	80%	80%	80%	80%
TRASPLANTE DE ORGANOS VITALICIO AL 80%	\$1,500	\$2,000	\$3,000	\$3,500
COBERTURA DE MEDIAS ELASTICAS	80%	80%	80%	80%
AYUDA AUDITIVA UNA VEZ AL AÑO SOLO TITULARES	80%	80%	80%	80%
COBERTURA DE LIGADURA Y VASECTOMIA TITULAR Y/O CONYUGE	80%	80%	80%	80%
PROTESIS NO DENTAL UNA VEZ AL AÑO PARA TITULAR Y DEPENDIENTES AL 100%	\$2,000	\$3,000	\$4,000	\$6,000
CRISTALES OPTICOS UNA VEZ AL AÑO SOLO PARA EL TITULAR DEL CONTRATO AL 100%	\$45	\$50	\$65	\$75
COBERTURA DE ZAPATOS Y PLANTILLAS ORTOPEDICAS	80%	80%	80%	80%
COBERTURA DE EXTRACCION DE TERCEROS MOLARES PARA TITULAR Y DEPENDIENTE AL 100%	\$80	\$80	\$80	\$80
COBERTURA DE VIH / SIDA PARA TITULAR Y/O CONYUGE	80%	80%	80%	80%
EXIMER LASER LUEGO DE LAS 5.5 DIOPTRIAS AL 80%	DONDE PMS INDIQUE	DONDE PMS INDIQUE	DONDE PMS INDIQUE	DONDE PMS INDIQUE
DESCUENTO DEL 30% EN TODOS LOS PROCEDIMIENTOS DENTALES DENTRO DE LA RED	DENTAL SERVICES	DENTAL SERVICES	DENTAL SERVICES	DENTAL SERVICES
SERVICIO EXEQUIAL	JARDINES DEL VALLE	JARDINES DEL VALLE	JARDINES DEL VALLE	JARDINES DEL VALLE
MATERNIDAD (incluido sus complicaciones)				
CONTROLES PRENATALES, PARTO NORMAL, ABORTO NO PROVOCADO, CESAREA AL 100%	\$1,500	\$2,500	\$3,000	\$3,500
COMPLICACIONES DE MATERNIDAD	\$2,000	\$2,500	\$3,000	\$3,500
CONTROL DE NIÑO SANO AL 80%	\$65	\$65	\$65	\$65
VACUNAS RELACIONADAS CON CONTROL NIÑO SANO	80%	80%	80%	80%
CUOTA NETA MENSUAL				
TITULAR SOLO	\$41.83	\$53.66	\$58.21	\$63.79
TITULAR + UNO	\$83.67	\$107.32	\$116.42	\$127.58
TITULAR MAS FAMILIA	\$125.50	\$160.97	\$174.64	\$191.37



PRIMA TOTAL SOLO VIDA (OPCIONAL)	2.93	5.34	7.75	10.16
MUERTE POR CUALQUIER CAUSA	\$5,000	\$10,000	\$15,000	\$20,000
MUERTE YO /DESMEMBRACION ACCIDENTAL	\$5,000	\$10,000	\$15,000	\$20,000
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE	\$5,000	\$10,000	\$15,000	\$20,000

NOTA:

* Beneficio servicio exequial para todos los propuestos afiliados.

* Beneficio plan seguro de vida para propuestos afiliados entre 18 a 65 años (opcional)

PLAN ACEPTADO: _____

En la ciudad de _____ al ____ de _____ de _____.

PROPUESTO AFILIADO

PLUS MEDICAL SERVICES S.A.

*Validez de la oferta 30 días y no implica aprobación de cobertura

*En caso de requerir mayor información favor dirigirse al contrato