

PLAN DE MEDICINA PREPAGADA MEGA PLUS CON DEDUCIBLE

BENEFICIOS Y COBERTURAS	PLAN 1	PLAN 3	PLAN 7	PLAN 10
LIMITE MAXIMO POR INCAPACIDAD	\$10,000	\$30,000	\$70,000	\$100,000
COBERTURA AMBULATORIA				
CONSULTAS MÉDICAS CON CRÉDITO DENTRO DE LA RED PLUS MEDICAL (COPAGO USD 5.00)	100%	100%	100%	100%
COBERTURA CON CRÉDITO DE EXÁMENES DE LABORATORIO CLÍNICO, DE IMAGEN, DENTRO DE LA RED AMBULATORIA PLUS MEDICAL CON EXCEPCIÓN DE LOS EXÁMENES ESPECIALES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS QUE CONSTAN EN LA CLAUSULA SEXTA DEL CONTRATO AL 80%	100%	100%	100%	100%
COBERTURA DE CONSULTAS MÉDICAS LIBRE ELECCIÓN (VÍA REEMBOLSO)	80%	80%	80%	80%
COBERTURA DE EXÁMENES DE LABORATORIO CLÍNICO, DE IMAGEN, LIBRE ELECCIÓN (VÍA REEMBOLSO)	80%	80%	80%	80%
COBERTURA DE MEDICAMENTOS LIBRE ELECCIÓN (VIA REEMBOLSO)	70%	70%	70%	70%
COBERTURA CON CRÉDITO DE MEDICAMENTOS EN LA RED PLUS MEDICAL (VADEMECUM)	90%	90%	90%	90%
VALOR TOPE DE CONSULTA MÉDICA LIBRE ELECCIÓN AL 80% (VIA REEMBOLSO)	\$50	\$55	\$60	\$65
COBERTURA HOSPITALARIA				
CUARTO Y ALIMENTO DIARIO DENTRO DE LA RED PLUS MEDICAL (Ver Anexo de Red de Prestadores)	\$ 130	\$ 150	\$ 200	\$ 220
MÁXIMO DE DÍAS POR HABITACIÓN	180 DIAS	180 DIAS	180 DIAS	180 DIAS
TERAPIA INTENSIVA DENTRO DE LA RED PLUS MEDICAL (Ver Anexo Red de Prestadores)	80% y 90%	80% y 90%	80% y 90%	80% y 90%
PORCENTAJE DE COBERTURA POR INCAPACIDAD HOSPITALARIA DENTRO DE LA RED PLUS MEDICAL (Ver Anexo Red de Prestadores)	80% y 90%	80% y 90%	80% y 90%	80% y 90%
LIMITE DE COPARTICIPACION HOSPITALARIA POR INCAPACIDAD DENTRO DE LA RED PLUS MEDICAL AL 80% (Ver Anexo Red de Prestadores)	\$ 8,000	\$ 8,000	\$ 8,000	\$ 10,000
LIMITE DE COPARTICIPACION HOSPITALARIO POR INCAPACIDAD DENTRO DE LA RED PLUS MEDICAL AL 90% (Ver Anexo Red de Prestadores)	\$ 4,000	\$ 4,000	\$ 4,000	\$ 6,000
TERAPIA INTENSIVA LIBRE ELECCIÓN (VÍA REEMBOLSO)	65%	70%	70%	70%
PORCENTAJE DE COBERTURA POR INCAPACIDAD HOSPITALARIA LIBRE ELECCION (VIA REEMBOLSO)*	65%*	70%	70%	70%
DEDUCIBLE				
DEDUCIBLE ANUAL POR PERSONA	\$ 90	\$ 100	\$ 120	\$ 120
BENEFICIOS				
MEDICO A DOMICILIO CON EMPRESA CONTRATADA (CRÉDITO CON COPAGO)	\$12	\$12	\$12	\$12
CAMA ACOMPAÑANTE PARA NIÑOS MENORES DE 16 AÑOS Y ADULTOS MAYORES DE 75 AÑOS	\$90	\$90	\$90	\$90
EMERGENCIA MÉDICA POR ACCIDENTE AL 100% CON CRÉDITO	100%	100%	100%	100%
EMERGENCIA MÉDICA COMPROBADA EN VIAJES AL EXTERIOR AL 100%	\$5,000	\$10,000	\$15,000	\$15,000
MÁXIMO DE DIAS POR VIAJE	30 DIAS	30 DIAS	30 DIAS	30 DIAS
DEDUCIBLE POR EMERGENCIA EN EL EXTERIOR	\$200	\$200	\$200	\$200
AMBULANCIA TERRESTRE EN CASOS DE EMERGENCIAS MÉDICAS (VIA REEMBOLSO)	\$150	\$150	\$200	\$250
PAPANICOLAU DE CONTROL UNA VEZ AL AÑO TITULAR Y/O CÓNYUGE MAYORES 18 AÑOS DENTRO DE LA RED PLUSMEDICAL (VIA REEMBOLSO)	100%	100%	100%	100%
PAPANICOLAU DE CONTROL UNA VEZ AL AÑO TITULAR Y/O CONYUGE MAYORES DE 18 AÑOS LIBRE ELECCION AL 80%	\$ 20	\$ 30	\$ 35	\$ 40
ANTIGENO PROSTÁTICO LIBRE Y TOTAL, UNA VEZ, AL AÑO TITULAR Y/O CÓNYUGE DENTRO DE LA RED PLUSMEDICAL (VIA REEMBOLSO)	100%	100%	100%	100%
ANTIGENO PROSTÁTICO LIBRE Y TOTAL UNA VEZ AL AÑO TITULAR Y/O CÓNYUGE LIBRE ELECCION AL 80%	\$ 20	\$ 30	\$ 35	\$ 40
COBERTURA DE MAMOGRAFÍA UNA VEZ AL AÑO TITULAR Y/O CÓNYUGE DENTRO DE LA RED PLUSMEDICAL (VIA REEMBOLSO)	100%	100%	100%	100%
COBERTURA DE MAMOGRAFÍA UNA VEZ AL AÑO TITULAR Y/O CONYUGE LIBRE ELECCION	\$ 30	\$ 40	\$ 55	\$ 60
CONSULTAS PREVENTIVAS DE CONTROL GENERAL DE SALUD DENTRO DE LA RED PLUS MEDICAL UNA VEZ AL AÑO ACORDE AL CUADRO APROBADO POR EL MINISTERIO DE SALUD (PREVIA AUTORIZACION)	100%	100%	100%	100%
CONSULTAS PREVENTIVAS DE CONTROL GENERAL DE SALUD LIBRE ELECCION UNA VEZ AL AÑO ACORDE AL CUADRO APROBADO POR EL MINISTERIO DE SALUD	70%	70%	70%	70%
EXÁMENES DE CONTROL PREVENTIVO DE SALUD: BIOMETRÍA HEMÁTICA, EXAMEN ELEMENTAL DE ORINA Y COPROPARASITARIO UNA VEZ AL AÑO DENTRO DE LA RED PLUS MEDICAL (VÍA CRÉDITO Y PREVIA AUTORIZACION)	100%	100%	100%	100%
EXÁMENES DE CONTROL PREVENTIVO DE SALUD: BIOMETRÍA HEMÁTICA, EXAMEN ELEMENTAL DE ORINA Y COPROPARASITARIO UNA VEZ AL AÑO LIBRE ELECCION	70%	70%	70%	70%
PROTESIS NO DENTAL UNA VEZ AL AÑO PARA TITULAR Y DEPENDIENTES AL 100%	\$600	\$1,000	\$2,000	\$2,500
TRASPLANTE DE ÓRGANOS AL 80% : HÍGADO, MÉDULA ÓSEA, RIÑÓN, CORNEA	\$5,000	\$15,000	\$35,000	\$50,000
COBERTURA DE GATOS MÉDICOS AL DONANTE VIVO AL 80%	\$500	\$500	\$3,500	\$5,000
MONTO ANUAL PARA PRE-EXISTENCIAS DECLARADAS SUPERADO EL PERIODO DE CARENCIA DE 12 MESES	\$500	\$500	\$800	\$900
MONTO ANUAL PARA PRE-EXISTENCIAS DECLARADAS LIBRE ELECCION, SUPERADO EL PERIODO DE CARENCIA DE 24 MESES	20 SALARIOS MÍNIMOS VITALES			
COBERTURA DE CONSULTAS DE MEDICINA ALTERNATIVA : HOMEOPÁTICA, ACUPUNTURA, TERAPIA NEURAL, MEDICINA NATURAL Y BIOENERGETICA SIEMPRE Y CUANDO SEAN PROFESIONALES ACREDITADOS POR ORGANISMOS COMPETENTES	15 CONSULTAS ANUALES POR PERSONA HASTA \$40 CADA UNA	15 CONSULTAS ANUALES POR PERSONA HASTA \$40 CADA UNA	15 CONSULTAS ANUALES POR PERSONA HASTA \$55 CADA UNA	15 CONSULTAS ANUALES POR PERSONA HASTA \$60 CADA UNA

BENEFICIOS

COBERTURA DE CONSULTAS, ATENCIONES, PROCEDIMIENTOS O CUALQUIER TIPO DE TRATAMIENTO REALIZADO POR NUTRICIONISTAS, FISIOTERAPISTAS, REHABILITADORES, TÉCNICOS DE MEDICINA ALTERNATIVA, QUIROPRÁCTICOS, KINESIOLOGOS, AUDIÓLOGOS, LABORATORISTAS, SIEMPRE Y CUANDO ESTEN HABILITADOS POR LOS RESPECTIVOS ORGANISMOS DE CONTROL	10 SESIONES AL AÑO POR PERSONA HASTA \$ 25 CADA UNA	10 SESIONES AL AÑO POR PERSONA HASTA \$ 25 CADA UNA	10 SESIONES AL AÑO POR PERSONA HASTA \$ 25 CADA UNA	10 SESIONES AL AÑO POR PERSONA HASTA \$ 25 CADA UNA
COBERTURA DE CONSULTAS PSIQUETRICAS DE BASE ORGÁNICA LIBRE ELECCION (LISTADO DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA)	6 CONSULTAS AL AÑO POR PERSONA HASTA \$ 40 CADA UNA	6 CONSULTAS AL AÑO POR PERSONA HASTA \$ 40 CADA UNA	6 CONSULTAS AL AÑO POR PERSONA HASTA \$ 55 CADA UNA	6 CONSULTAS AL AÑO POR PERSONA HASTA \$ 60 CADA UNA
COBERTURA DE CONSULTAS PSICOLÓGICAS LIBRE ELECCIÓN	6 CONSULTAS AL AÑO POR PERSONA HASTA \$ 40 CADA UNA	6 CONSULTAS AL AÑO POR PERSONA HASTA \$ 40 CADA UNA	6 CONSULTAS AL AÑO POR PERSONA HASTA \$ 55 CADA UNA	6 CONSULTAS AL AÑO POR PERSONA HASTA \$ 60 CADA UNA
COBERTURA DE EXAMENES MÉDICOS DE CONTROL O PREVENCIÓN SECUNDARIA PARA ENFERMEDADES CRÓNICAS PREVIAMENTE DIAGNOSTICADAS (NO APlica PARA CUADROS AGUDOS)	2 VECES AL AÑO POR CON UN MONTO HASTA DE \$ 500	2 VECES AL AÑO POR CON UN MONTO HASTA DE \$ 500	2 VECES AL AÑO CON UN MONTO HASTA DE \$ 800	2 VECES AL AÑO CON UN MONTO HASTA DE \$ 1.000
COBERTURA DE TERAPIAS DE REHABILITACION FISICAS, TERAPIAS RESPIRATORIAS POR AFILIADO AL 70%	20 TERAPIAS AL AÑO POR PERSONA HASTA \$20 CADA UNA	20 TERAPIAS AL AÑO POR PERSONA HASTA \$20 CADA UNA	20 TERAPIAS AL AÑO POR PERSONA HASTA \$20 CADA UNA	20 TERAPIAS AL AÑO POR PERSONA HASTA \$20 CADA UNA
CREDITO Y COBERTURA DE TERAPIAS DE REHABILITACIÓN FISICAS, TERAPIAS RESPIRATORIAS DENTRO DE LA RED PLUS MEDICAL AL 100%	20 SESIONES AL AÑO POR PERSONA			
TERAPIAS DEL DOLOR (con profesionales especializados en la rama) AL 80%	MONTO ANUAL POR PERSONA HASTA \$ 300	MONTO ANUAL POR PERSONA HASTA \$ 300	MONTO ANUAL POR PERSONA HASTA \$ 500	MONTO ANUAL POR PERSONA HASTA \$ 700
CUIDADOS PALIATIVOS AL 80% (ENFERMEDADES EN FASE TERMINAL)	MONTO ANUAL POR PERSONA HASTA \$ 3.000	MONTO ANUAL POR PERSONA HASTA \$ 3.000	MONTO ANUAL POR PERSONA HASTA \$ 5.000	MONTO ANUAL POR PERSONA HASTA \$ 7.000
COBERTURA DE MEDIAS ELÁSTICAS EN CIRUGÍAS	80%	80%	80%	80%
COBERTURA DE VIH /SIDA TITULAR Y/O CÓNYUGE AL 80%	\$ 5,000	\$ 5,000	\$ 35,000	\$ 50,000
COBERTURA DE LIGADURA Y VASECTOMIA TITULAR Y/O CÓNYUGE	\$ 300	\$ 300	\$ 500	\$ 600
COBERTURA DE ZAPATOS ORTOPÉDICOS UNA VEZ AL AÑO CON APLICACIÓN DE DEDUCIBLE PARA NIÑOS MENORES DE 15 AÑOS	\$ 70	\$ 70	\$ 80	\$ 90
COBERTURA DE PLANTILLAS ORTOPÉDICAS PARA NIÑOS MENORES DE 15 AÑOS	\$ 30	\$ 30	\$ 40	\$ 50
EXTRACCIÓN DE TERCEROS MOLARES AL 80% DONDE PLUS MEDICAL INDIQUE	\$ 80	\$ 80	\$ 80	\$ 80
COBERTURA DENTAL (Ver Anexo Red de Prestadores)	DONDE PMS INDIQUE	DONDE PMS INDIQUE	DONDE PMS INDIQUE	DONDE PMS INDIQUE
EXIMER LASER, SUPERADAS AL 5.5 DIOPTRIAS AL 80%	\$ 500	\$ 500	\$ 600	\$ 700
MATERNIDAD PARA TITULAR Y/O CONYUGE				
CONTROLES PRENATALES, PARTO NORMAL, ABORTO NO PUNIBLE, CESÁREA AL 100%	\$1,200	\$1,500	\$2,500	\$3,000
COMPLICACIONES DE MATERNIDAD AL 80%	\$1,200	\$1,500	\$2,500	\$3,000
CUIDADO DEL NEONATO AL 80%	\$5,000	\$5,000	\$10,000	\$15,000
CONTROL DE NIÑO SANO AL 80%	\$50	\$45	\$60	\$65
VACUNAS RELACIONADAS CON CONTROL NIÑO SANO AL 80% (Ver Contrato)	\$200	\$200	\$300	\$350

* Para el Plan 1 cobertura hospitalaria libre elección de acuerdo al tarifario institucional Plus Medical.

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