

PLAN DE MEDICINA PREPAGADA MEGA PLUS VITAL 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 CLINICO, DE IMAGEN, DENTRO DE LA RED AMBULATORIA PLUS MEDICAL CON EXCEPCIÓN DE LOS EXÁMENES ESPECIALES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS 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 CLINICO, DE IMAGEN, LIBRE ELECCION (VÍA REEMBOLSO)	70%	80%	80%	80%
COBERTURA DE MEDICAMENTOS LIBRE ELECCIÓN (VIA REEMBOLSO)	70%	80%	80%	80%
COBERTURA CON CRÉDITO DE MEDICAMENTOS EN LA RED PLUS MEDICAL (VADEMECUM)	70%	80%	80%	80%
VALOR TOPE DE CONSULTA MÉDICA LIBRE ELECCIÓN (VIA REEMBOLSO)	\$40	\$45	\$50	\$60
COBERTURA HOSPITALARIA				
CUARTO Y ALIMENTO DIARIO DENTRO DE LA RED PLUS MEDICAL (Ver Anexo de Red de Prestadores)	\$ 140	\$ 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)	70%	80%	80%	80%
PORCENTAJE DE COBERTURA POR INCAPACIDAD HOSPITALARIA DENTRO DE LA RED PLUS MEDICAL (Ver Anexo Red de Prestadores)	70%	80%	80%	80%
TERAPIA INTENSIVA LIBRE ELECCION (VÍA REEMBOLSO)	60%	60%	60%	60%
PORCENTAJE DE COBERTURA POR INCAPACIDAD HOSPITALARIA LIBRE ELECCION (VIA REEMBOLSO)	60%	60%	60%	60%
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	\$80	\$80	\$90	\$90
URGENCIA Y EMERGENCIA MÉDICA POR ACCIDENTE AL 100%	\$450	\$500	\$550	\$600
EMERGENCIA MÉDICA COMPROBADA EN VIAJES AL EXTERIOR AL 100%	\$3,000	\$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 (APLICA PERIODO DE CARENCIA DE 30 DIAS)	\$150	\$150	\$200	\$250
PAPANICOLAU DE CONTROL UNA VEZ AL AÑO TITULAR Y/O CÓNYUGE MAYORES 18 AÑOS VIA REEMBOLSO AL 100% (APLICA PERIODO DE CARENCIA DE 30 DIAS)	\$ 20	\$ 30	\$ 35	\$ 40
ANTIGENO PROSTATICO LIBRE Y TOTAL, UNA VEZ AL AÑO TITULAR Y/O CÓNYUGE VIA REEMBOLSO AL 100% (APLICA PERIODO DE CARENCIA DE 30 DIAS)	\$ 25	\$ 30	\$ 35	\$ 40
COBERTURA DE MAMOGRAFÍA UNA VEZ AL AÑO TITULAR Y/O CÓNYUGE VIA REEMBOLSO AL 100% (APLICA PERIODO DE CARENCIA DE 30 DIAS)	\$ 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: BIOMETRIA HEMATICA, 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: BIOMETRIA HEMATICA, 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% (APLICA PERIODO DE CARENCIA DE 30 DIAS)	\$600	\$1,000	\$2,000	\$2,500
TRASPLANTE DE ORGANOS AL 80%: HÍGADO, MÉDULA ÓSEA, RIÑÓN, CORNEA	\$5,000	\$15,000	\$35,000	\$50,000
COBERTURA DE GASTOS MEDICOS 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 MINIMOS VITALES	20 SALARIOS MINIMOS VITALES	20 SALARIOS MINIMOS VITALES	20 SALARIOS MINIMOS VITALES
COBERTURA DE CONSULTAS DE MEDICINA ALTERNATIVA: HOMEOPÁTICA, ANCESTRAL, ACUPUNTURA, TERAPIA NEURAL, MEDICINA NATURAL Y BIOENERGETICA SIEMPRE Y CUANDO SEAN PROFESIONALES ACREDITADOS POR ORGANISMOS COMPETENTES	12 CONSULTAS ANUALES POR PERSONA HASTA \$35 CADA UNA	12 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
COBERTURA DE CONSULTAS, ATENCIONES, PROCEDIMIENTOS O CUALQUIER TIPO DE TRATAMIENTO REALIZADO POR NUTRICIONISTAS, FISIOTERAPISTAS, REHABILITADORES, TÉCNICOS DE MEDICINA ALTERNATIVA, QUIROPRACTICOS, KINESIÓLOGOS, 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 PSIQUIÁTRICAS 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
--	---	---	---	---



BENEFICIOS				
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 CARDIACAS, DE LENGUAJE, REHABILITACION FISICAS, TERAPIAS RESPIRATORIAS POR AFILIADO AL 70%	12 TERAPIAS AL AÑO POR PERSONA HASTA \$15 CADA UNA	12 TERAPIAS AL AÑO POR PERSONA HASTA \$15 CADA UNA	20 TERAPIAS AL AÑO POR PERSONA HASTA \$20 CADA UNA	20 TERAPIAS AL AÑO POR PERSONA HASTA \$20 CADA UNA
CREBITO Y COBERTURA DE TERAPIAS CARDIACAS, DE LENGUAJE, REHABILITACIÓN FISICAS, TERAPIAS RESPIRATORIAS DENTRO DE LA RED PLUS MEDICAL AL 100%	12 SESIONES AL AÑO POR PERSONA	12 SESIONES AL AÑO POR PERSONA	20 SESIONES AL AÑO POR PERSONA	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 ELASTICAS 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 AL 80% (APLICA PERIODO DE CARENCIA DE 30 DIAS)	\$ 300	\$ 300	\$ 500	\$ 600
COBERTURA DE ZAPATOS ORTOPÉDICOS UNA VEZ AL AÑO CON APLICACIÓN DE DEDUCIBLE PARA NIÑOS MENORES DE 15 AÑOS AL 80%	\$ 70	\$ 70	\$ 80	\$ 90
COBERTURA DE PLANTILLAS ORTOPÉDICAS PARA NIÑOS MENORES DE 15 AÑOS AL 80%	\$ 30	\$ 30	\$ 40	\$ 50
EXTRACCIÓN DE TERCEROS MOLARES AL 80% DONDE PLUS MEDICAL INDIQUE (APLICA PERIODO DE CARENCIA DE 30 DIAS)	\$ 80 POR MOLAR	\$ 80 POR MOLAR	\$ 80 POR MOLAR	\$ 80 POR MOLAR
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%	\$40	\$45	\$50	\$60
VACUNAS RELACIONADAS CON CONTROL NIÑO SANO (Ver Contrato) AL 80%	\$200	\$200	\$300	\$350

* Para el Plan 1 cobertura hospitalaria dentro de la Red Plus Medical (aplica Tabla Harvard)

* Para el Plan 1 cobertura hospitalaria libre eleccion 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

(02) 6022 233 / 6032 740

@plusmedicalecuador

www.plusmedical.com.ec