

| PLAN DE MEDICINA PREPAGADA MEGA PLUS VITAL - SIN DEDUCIBLE | | | |
|---|--|--|--|
| BENEFICIOS Y COBERTURAS | PLAN 1 | PLAN 7 | PLAN 10 |
| LIMITE MAXIMO POR INCAPACIDAD | \$10.000 | \$70.000 | \$100.000 |
| COBERTURA AMBULATORIA | | | |
| CONSULTAS MÉDICAS CON CRÉDITO DENTRO DE LA RED PLUS MEDICAL (COPAGO USD 5.00) | 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% |
| COBERTURA DE CONSULTAS MÉDICAS LIBRE ELECCIÓN VÍA REEMBOLSO | 80% | 80% | 80% |
| COBERTURA DE EXÁMENES DE LABORATORIO CLINICO, DE IMAGEN, LIBRE ELECCION VÍA REEMBOLSO | 70% | 80% | 80% |
| COBERTURA DE MEDICAMENTOS LIBRE ELECCIÓN (VIA REEMBOLSO) | 70% | 80% | 80% |
| COBERTURA CON CRÉDITO DE MEDICAMENTOS EN LA RED PLUS MEDICAL (VADEMECIUM) | 70% | 80% | 80% |
| VALOR TOPE DE CONSULTA MÉDICA LIBRE ELECCIÓN VIA REEMBOLSO | \$40 | \$50 | \$60 |
| COBERTURA HOSPITALARIA | | | |
| CUARTO Y ALIMENTO DIARIO DENTRO DE LA RED PLUS MEDICAL Y LIBRE ELECCIÓN | \$ 140 | \$ 200 | \$ 220 |
| MÁXIMO DE DÍAS POR HABITACIÓN | 180 DIAS | 180 DIAS | 180 DIAS |
| TERAPIA INTENSIVA DENTRO DE LA RED PLUS MEDICAL (Ver anexo Red de Prestadores) | 100% | 100% | 100% |
| PORCENTAJE DE COBERTURA POR INCAPACIDAD HOSPITALARIA DENTRO DE LA RED PLUS MEDICAL (Ver Anexo Red de Prestadores) | 100% | 100% | 100% |
| TERAPIA INTENSIVA LIBRE ELECCION VÍA REEMBOLSO | 70% | 80% | 80% |
| PORCENTAJE DE COBERTURA POR INCAPACIDAD HOSPITALARIA LIBRE ELECCION VIA REEMBOLSO | 60% | 60% | 60% |
| DEDUCIBLE | | | |
| DEDUCIBLE ANUAL POR PERSONA | N/A | N/A | N/A |
| BENEFICIOS | | | |
| MEDICO A DOMICILIO CON EMPRESA CONTRATADA (CRÉDITO CON COPAGO) | \$12 | \$12 | \$12 |
| CAMA ACOMPAÑANTE PARA NIÑOS MENORES DE 16 AÑOS Y ADULTOS MAYORES DE 75 AÑOS LÍMITE HASTA | \$80 | \$90 | \$90 |
| EMERGENCIA MÉDICA POR ACCIDENTE CON CRÉDITO AL 100% | \$ 450 | \$ 550 | \$ 600 |
| EMERGENCIA MÉDICA COMPROBADA EN VIAJES AL EXTERIOR AL 100% LÍMITE HASTA | \$ 3,000 | \$15,000 | \$15,000 |
| MÁXIMO DE DIAS POR VIAJE | 30 DIAS | 30 DIAS | 30 DIAS |
| DEDUCIBLE POR EMERGENCIA EN EL EXTERIOR | \$200 | \$200 | \$200 |
| AMBULANCIA TERRESTRE EN CASOS DE EMERGENCIAS MÉDICAS (VIA REEMBOLSO) | \$150 | \$200 | \$250 |
| PAPANICOLAU DE CONTROL UNA VEZ AL AÑO TITULAR Y/O CÓNYUGE MAYORES 18 AÑOS (VIA REEMBOLSO) AL 100% | \$ 20 | \$ 35 | \$ 40 |
| ANTIGENO PROSTATICO LIBRE Y TOTAL, UNA VEZ AL AÑO TITULAR Y/O CÓNYUGE (VIA REEMBOLSO) AL 100% | \$ 20 | \$ 35 | \$ 40 |
| COBERTURA DE MAMOGRAFÍA UNA VEZ AL AÑO TITULAR Y/O CÓNYUGE (VIA REEMBOLSO) AL 100% | \$ 30 | \$ 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% |
| 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% |
| 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% |
| EXÁMENES DE CONTROL PREVENTIVO DE SALUD: BIOMETRIA HEMATICA, EXAMEN ELEMENTAL DE ORINA Y COPROPARASITARIO UNA VEZ AL AÑO LIBRE ELECCION | 70% | 70% | 70% |
| PROTESIS NO DENTAL UNA VEZ AL AÑO PARA TITULAR Y DEPENDIENTES AL 100% VÍA REEMBOLSO | \$600 | \$2,000 | \$2,500 |
| TRASPLANTE DE ORGANOS AL 80% : HÍGADO, MÉDULA ÓSEA, RIÑÓN, CORNEA | \$5,000 | \$35,000 | \$50,000 |
| COBERTURA DE GASTOS MEDICOS AL DONANTE VIVO AL 80% | \$500 | \$3,500 | \$5,000 |
| MONTO ANUAL PARA PRE-EXISTENCIAS DECLARADAS SUPERADO EL PERIODO DE CARENCIA DE 12 MESES | \$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 |
| COBERTURA DE CONSULTAS DE MEDICINA ALTERNATIVA: HOMEOPÁTICA, ACUPUNTURA, TERAPIA NEURAL, MEDICINA NATURAL Y BIOENERGETICA (VIA REEMBOLSO) SIEMPRE Y CUANDO SEAN PROFESIONALES ACREDITADOS POR ORGANISMOS COMPETENTES | 12 CONSULTAS ANUALES POR PERSONA HASTA \$35 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, QUIROPRÁCTICOS, 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 |
| 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 \$ 55 CADA UNA | 6 CONSULTAS AL AÑO 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, QUIROPRÁCTICOS, 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 |

| BENEFICIOS | | | |
|--|---|---|---|
| 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 \$ 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 \$ 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 \$ 800 | 2 VECES AL AÑO POR CON UN MONTO HASTA DE \$ 1.000 |
| COBERTURA DE TERAPIAS DE REHABILITACION FISICAS, TERAPIAS RESPIRATORIAS POR AFILIADO (VIA REEMBOLSO) AL 70% | 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 |
| CREDITO Y COBERTURA DE TERAPIAS DE REHABILITACIÓN FISICAS, TERAPIAS RESPIRATORIAS DENTRO DE LA RED PLUS MEDICAL AL 100% | 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 \$ 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 \$ 5.000 | MONTO ANUAL POR PERSONA HASTA \$ 7.000 |
| COBERTURA DE MEDIAS ELASTICAS EN CIRUGÍAS | 80% | 80% | 80% |
| COBERTURA DE VIH /SIDA TITULAR Y/O CÓNYUGE AL 80% | \$ 5.000 | \$ 35.000 | \$ 50.000 |
| COBERTURA DE LIGADURA Y VASECTOMIA TITULAR Y/O CÓNYUGE | \$ 300 | \$ 500 | \$ 600 |
| COBERTURA DE ZAPATOS ORTOPÉDICOS UNA VEZ AL AÑO PARA NIÑOS MENORES DE 15 AÑOS | \$ 70 | \$ 80 | \$ 90 |
| COBERTURA DE PLANTILLAS ORTOPÉDICAS PARA NIÑOS MENORES DE 15 AÑOS | \$ 30 | \$ 40 | \$ 50 |
| EXTRACCIÓN DE TERCEROS MOLARES AL 80% VIA REEMBOLSO | \$ 80 | \$ 80 | \$ 80 |
| BENEFICIO DENTAL (VER ANEXO) | DONDE PMS INDIQUE | DONDE PMS INDIQUE | DONDE PMS INDIQUE |
| EXIMER LASER, SUPERADAS AL 5.5 DIOPTRIAS AL 80% HASTA | \$ 500 | \$ 600 | \$ 700 |
| MATERNIDAD TITULAR Y/O CONYUGE | | | |
| CONTROLES PRENATALES, PARTO NORMAL, ABORTO NO PUNIBLE, CESÁREA AL 100% | \$1.200 | \$2.500 | \$3.000 |
| COMPLICACIONES DE MATERNIDAD AL 80% | \$1.200 | \$2.500 | \$3.000 |
| CUIDADO DEL NEONATO AL 80% | \$5.000 | \$10.000 | \$15.000 |
| CONTROL DE NIÑO SANO AL 80% | \$40 | \$50 | \$60 |
| VACUNAS RELACIONADAS CON CONTROL NIÑO SANO (Ver Contrato) AL 80% | \$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