

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 DESDE 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% HASTA EL LIMIE MAXIMO DE COBERTURA	100%	100%	100%
COBERTURA DE EXÁMENES DE LABORATORIO CLINICO, DE IMAGEN, LIBRE ELECCION VÍA REEMBOLSO HASTA EL LIMITE MAXIMO DE COBERTURA	70%	80%	80%
COBERTURA CON CRÉDITO DE MEDICAMENTOS EN LA RED PLUS MEDICAL (VADEMECUM) HASTA EL LIMITE MAXIMO DE COBERTURA	70%	80%	80%
COBERTURA DE MEDICAMENTOS LIBRE ELECCIÓN (VIA REEMBOLSO) HASTA EL LIMITE MAXIMO DE COBERTURA	60%	70%	70%
VALOR TOPE DE CONSULTA MÉDICA LIBRE ELECCIÓN VIA REEMBOLSO AL 80%	\$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
COBERTURA POR INCAPACIDAD HOSPITALARIA Y TERAPIA INTENSIVA DENTRO DE LA RED PLUS MEDICAL (Ver Anexo Red de Prestadores) HASTA EL LIMITE MAXIMO DE COBERTURA	100%	100%	100%
COBERTURA POR INCAPACIDAD HOSPITALARIA Y TERAPIA INTENSIVA LIBRE ELECCION VIA REEMBOLSO HASTA EL LIMITE MAXIMO DE COBERTURA	70%	80%	80%
DEDUCIBLE			
DEDUCIBLE ANUAL POR PERSONA	N/A	N/A	N/A
BENEFICIOS			
MEDICO A DOMICILIO CON EMPRESA CONTRATADA (CRÉDITO CON COPAGO)	\$10	\$10	\$10
CAMA ACOMPAÑANTE PARA NIÑOS MENORES DE 16 AÑOS Y ADULTOS MAYORES DE 75 AÑOS HASTA EL ALTA DEL PACIENTE MAXIMO 120 DIAS HASTA UN MONTO DIARIO DE	\$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) HASTA EL LIMITE MAXIMO DE COBERTURA	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) HASTA EL LIMITE MAXIMO DE COBERTURA	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) HASTA EL LIMITE MAXIMO DE COBERTURA	100%	100%	100%
EXÁMENES DE CONTROL PREVENTIVO DE SALUD: BIOMETRIA HEMATICA, EXAMEN ELEMENTAL DE ORINA Y COPROPARASITARIO UNA VEZ AL AÑO LIBRE ELECCION HASTA EL LIMITE MAXIMO DE COBERTURA	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, 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
COBERTURA DE CONSULTAS PSQUIÁTRICAS 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, QUIROPRACTICOS, KINESIÓLOGOS, AUDIÓLOGOS, LABORATORISTAS, SIEMPRE Y CUANDO ESTÉN 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% HASTA EL LIMITE MAXIMO DE COBERTURA	\$ 5,000	\$ 35,000	\$ 50,000
COBERTURA DE LIGADURA Y VASECTOMIA TITULAR Y/O CÓNYUGE	\$ 300	\$ 500	\$ 600
ANTICONCEPTIVOS TEMPORALES POR AÑO PARA TITULAR Y/O DEPENDIENTE	\$ 40	\$ 50	\$ 60
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 Y COMPLICACION DE MATERNIDAD AL 100% (APLICA PERIODO DE CARENANCIA DE 60 DIAS)	\$ 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

* Cobertura hospitalaria dentro y fuera de la Red Plus Medical (aplica Tarifario Institucional Plusmedical A y B) dependiendo el plan contratado.

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