

PLAN DE MEDICINA PREPAGADA MEGA PLUS - 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	80%	80%	80%
COBERTURA DE MEDICAMENTOS LIBRE ELECCIÓN (VIA REEMBOLSO)	70%	70%	70%
COBERTURA CON CRÉDITO DE MEDICAMENTOS EN LA RED PLUS MEDICAL (VADEMECUM)	90%	90%	90%
VALOR TOPE DE CONSULTA MÉDICA LIBRE ELECCIÓN AL 80%	\$60	\$60	\$65
COBERTURA HOSPITALARIA			
CUARTO Y ALIMENTO DIARIO DENTRO DE LA RED PLUS MEDICAL Y LIBRE ELECCIÓN	\$ 150	\$ 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%
Pestadores)	100%	100%	100%
TERAPIA INTENSIVA LIBRE ELECCION VÍA REEMBOLSO	70%	70%	70%
PORCENTAJE DE COBERTURA POR INCAPACIDAD HOSPITALARIA LIBRE ELECCION VIA REEMBOLSO	70%	70%	70%
DEDUCIBLES			
DEDUCIBLE ANUAL POR PERSONA	N/A	N/A	N/A
BENEFICIOS ADICIONALES			
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 LÍMITE HASTA	\$90	\$90	\$90
EMERGENCIA MÉDICA POR ACCIDENTE CON CRÉDITO al 100%	100%	100%	100%
EMERGENCIA MÉDICA COMPROBADA EN VIAJES AL EXTERIOR AL 100% LÍMITE HASTA	\$5,000	\$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 DENTRO DE LA RED PLUSMEDICAL (VIA REEMBOLSO)	100%	100%	100%
PAPANICOLAU DE CONTROL UNA VEZ AL AÑO TITULAR Y/O CONYUGE LIBRE ELECCION AL 80%	\$ 20	\$ 35	\$ 40
ANTIGENO PROSTATICO LIBRE Y TOTAL, UNA VEZ ,AL AÑO TITULAR Y/O CÓNYUGE DENTRO DE LA RED PLUSMEDICAL (VIA REEMBOLSO)	100%	100%	100%
ANTIGENO PROSTATICO LIBRE Y TOTAL UNA VEZ AL AÑO TITULAR Y/O CÓNYUGE LIBRE ELECCION AL 80%	\$ 20	\$ 35	\$ 40
COBERTURA DE MAMOGRAFÍA UNA VEZ AL AÑO TITULAR Y/O CÓNYUGE DENTRO DE LA RED PLUSMEDICAL (VIA REEMBOLSO)	100%	100%	100%
COBERTURA DE MAMOGRAFÍA UNA VEZ AL AÑO TITULAR Y/O CONYUGE LIBRE ELECCION	\$ 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 : BIOMETRIA HEMATICA, EXAMEN ELEMENTAL DE ORINA Y COPROPARASITARIO UNA VEZ AL AÑO (LIBRE ELECCION, SUPERADO EL PERIODO DE CARENIA DE 30 DIAS) VÍA REEMBOLSO	70%	70%	70%
PROTESIS NO DENTAL UNA VEZ AL AÑO PARA TITULAR Y DEPENDIENTES AL 100% VÍA REEMBOLSO	\$800	\$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 CARENIA DE 12 MESES	\$500	\$800	\$900
MONTO ANUAL PARA PRE-EXISTENCIAS DECLARADAS LIBRE ELECCION, SUPERADO EL PERIODO DE CARENIA 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	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 ADICIONALES	PLAN 1	PLAN 7	PLAN 10
COBERTURA DE CONSULTAS, ATENCIONES, PROCEDIMIENTOS O CUALQUIER TIPO DE TRATAMIENTO REALIZADO POR NUTRICIONISTAS, FISIOTERAPISTAS, REHABILITADORES, TÉCNICOS DE MEDICINA ALTERNATIVA, QUIROPRACTICOS, 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
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%	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	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 TITULAT Y/O CONYUGE			
CONTROLES PRENATALES, PARTO NORMAL, ABORTO NO PUNIBLE, CESÁREA AL 100%	\$1,500	\$2,500	\$3,000
COMPLICACIONES DE MATERNIDAD AL 80%	\$1,500	\$2,500	\$3,000
CUIDADO DEL NEONATO AL 80%	\$5,000	\$10,000	\$15,000
CONTROL DE NIÑO SANO AL 80%	\$60	\$60	\$65
VACUNAS RELACIONADAS CON CONTROL NIÑO SANO AL 80% (VER CONTRATO)	\$200	\$300	\$350

* 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