

NOMBRE DEL PLAN	PLUS ESSENTIAL 20K					
TABLA DE COBERTURAS						
TIPO DE PLAN	INDIVIDUAL					
MODALIDAD	MIXTA					
TIPO DE DEDUCIBLE	ANUAL POR PERSONA					
VALOR DEL DEDUCIBLE	70 - 100					
LIMITE MAXIMO DE COBERTURA	\$ 20,000 ANUAL POR PERSONA					
COBERTURA	ECUADOR					
NOMBRE DEL TARIFARIO APLICABLE	MC GRAW-HILL - 25% Valor de punto \$51,24					
FINANCIAMIENTO / COBERTURAS / PRESTACIONES SANITARIAS						
PRESTACIONES SANITARIAS	RED CERRADA			RED ABIERTA		
	COPAGO	SUB-LIMITES / TOPES / MAXIMO DE COBERTURA	CARENCIA	COPAGO	SUB-LIMITES / TOPES / MAXIMO DE COBERTURA	CARENCIA
COBERTURA AMBULATORIA						
CONSULTAS MEDICAS	20%	DESDE \$ 4 HASTA \$ 40	30 DIAS	30%	Hasta \$ 40	30 DIAS
EXAMENES DE LABORATORIO CLINICO, DE IMAGEN	20%	\$ 20.000	30 DIAS	N/A	N/A	N/A
EXAMENES DE COMPLEJIDAD	30%	MAYOR A \$ 70	30 DIAS	N/A	N/A	N/A
MEDICAMENTOS (VADEMECUM) HASTA	30%	\$ 20.000	30 DIAS	N/A	N/A	N/A
CONSULTAS DE MEDICINA ALTERNATIVA: HOMEOPATICA, ANCESTRAL, ACUPUNTURA, TERAPIA NEURAL, MEDICINA NATURAL Y BIOENERGETICA	20%	8 CONSULTAS ANUALES POR PERSONA HASTA \$ 35 CADA UNA	30 DIAS	20%	8 CONSULTAS ANUALES POR PERSONA HASTA \$ 35 CADA UNA	30 DIAS
CONSULTAS CON MEDICOS FISIATRAS, REHABILITADORES, MEDICOS DE MEDICINA ALTERNATIVA, QUIROPRACTICOS, AUDILOGOS, CON TITULO RECONOCIDO EN LA SENECYT	20%	10 CONSULTAS AL AÑO POR PERSONA HASTA \$ 35 CADA UNA	30 DIAS	20%	10 SESIONES AL AÑO POR PERSONA HASTA \$ 35 CADA UNA	30 DIAS
TERAPIAS DE REHABILITACION FISICAS, TERAPIAS RESPIRATORIAS, DE LENGUAJE Y CARDIACAS	20%	OR INCAPACIDAD POR	30 DIAS	30%	DR INCAPACIDAD POR	30 DIAS
MEDICO A DOMICILIO CON EMPRESA CONTRATADA	\$20	Hasta tope de cobertura	30 DIAS	N/A	N/A	N/A
HOSPITAL DEL DIA	20%	\$ 20.000	90 DIAS	30%	\$ 20.000	90 DIAS
COBERTURA DE VITAMINAS NECESARIAS SEGUN EVIDENCIA CIENTIFICA	30%	\$ 80	30 DIAS	N/A	N/A	N/A
COBERTURA HOSPITALARIA						
CUARTO Y ALIMENTO DIARIO	20%	\$ 150	90 DIAS	30%	\$ 150	90 DIAS
HONORARIOS QUIRURGICOS: ANESTESIOLOGO 35% Y AYUDANTE 30% DEL VALOR DEL CIRUJANO	20%	\$ 20.000	90 DIAS	30%	\$ 20.000	90 DIAS
COBERTURA HOSPITALARIA	20%	\$ 20.000	90 DIAS	30%	\$ 20.000	90 DIAS
TERAPIA INTENSIVA	20%	\$ 20.000	90 DIAS	30%	\$ 20.000	90 DIAS
COBERTURA DE DIALISIS (HEMODIALISIS) Y DIALISIS PERITONEAL	20%	\$ 10.000	90 DIAS	30%	\$ 10.000	90 DIAS
CAMA ACOMPAÑANTE PARA NIÑOS MENORES DE 16 AÑOS Y ADULTOS MAYORES DE 75 AÑOS HASTA EL ALTA DEL PACIENTE	20%	Hasta \$30	90 DIAS	N/A	N/A	N/A
COBERTURA PRE - HOSPITALARIA						

AMBULANCIA TERRESTRE	0%	Hasta \$ 400 anual por núcleo familiar	24 HRS EMERG 30 DIAS AMB. 90 DIAS HOSP.	N/A	N/A	N/A
MATERNIDAD PARA TITULAR Y/O CONYUGE						
CONTROLES PRENATALES, PARTO NORMAL, ABORTO NO PUNIBLE, CESAREA Y COMPLICACION DE MATERNIDAD	20%	Hasta \$800	60 DIAS	N/A	N/A	N/A
COMPLICACIONES DEL PARTO Y DEL RECIÉN NACIDO (incluye parto normal, cesárea o aborto no provocado), siempre y cuando el parto esté cubierto	20%	Hasta \$400	60 DIAS	N/A	N/A	N/A
COBERTURA DEL RECIEN NACIDO						
CUIDADO DEL NEONATO sin complicaciones en período de maternidad cubierta , atención perinatal hasta el día 7 de su nacimiento	20%	\$ 200	0 DIAS	N/A	N/A	N/A
CUIDADO DEL NEONATO con complicaciones en período de maternidad cubierta a término, pretérmino y postérmino, atención perinatal hasta el día 14 de su nacimiento	20%	\$ 300	0 DIAS	N/A	N/A	N/A
CUIDADO DEL NEONATO con Inclusión intrauterina entre la semana 20 y 32 con maternidad cubierta	20%	\$ 20.000	90 DIAS	N/A	N/A	N/A
PROHIBICIONES A LAS EXCLUSIONES						
CONSULTAS PSICOLOGICAS	20%	6 CONSULTAS AL AÑO POR PERSONA HASTA \$ 35 CADA UNA	30 DIAS	30%	6 CONSULTAS AL AÑO POR PERSONA HASTA \$ 35 CADA UNA	30 DIAS
CONSULTAS PSIQUIATRICAS	20%	6 CONSULTAS AL AÑO POR PERSONA HASTA \$ 35 CADA UNA	30 DIAS	30%	6 CONSULTAS AL AÑO POR PERSONA HASTA \$ 35 CADA UNA	30 DIAS
CUIDADOS PALIATIVOS (ENFERMEDADES EN FASE TERMINAL)	20%	MONTO ANUAL POR PERSONA HASTA \$ 2,500	30 DIAS	30%	MONTO ANUAL POR PERSONA HASTA \$ 2,500	30 DIAS
LIGADURA O VASECTOMIA	20%	\$ 500	30 DIAS	N/A	N/A	N/A
ANTICONCEPTIVOS TEMPORALES HASTA 3 MESES POR AÑO	20%	\$ 40	30 DIAS	N/A	N/A	N/A
LECHE MEDICADA POR PRESCRIPCION MEDICA	20%	\$ 60 ANUALES	30 DIAS	N/A	N/A	N/A
COBERTURA DE CUALQUIER EQUIPO O DISPOSITIVO MEDICO PARA MONITOREO E INFUSION DE MEDICAMENTOS, LOS SUMINISTROS NECESARIOS PARA SU UTILIZACION O FUNCIONAMIENTO	0%	\$ 50	30 DIAS	0%	\$ 50	30 DIAS
CAMA ACOMPAÑANTE PARA NIÑOS MENORES DE 16 AÑOS Y ADULTOS MAYORES DE 75 AÑOS HASTA EL ALTA DEL PACIENTE	20%	Hasta \$30	90 DIAS	N/A	N/A	N/A
COBERTURA DE TRATAMIENTOS DENTALES CUANDO ESTOS SEAN CAUSADOS POR ACCIDENTES HASTA EL MONTO Y LAS CONDICIONES CONTRATADAS	30%	\$ 150	30 DIAS	40%	\$ 150	30 DIAS

COBERTURA PRUEBAS DE SENSIBILIDAD Y TRATAMIENTOS INMUNOLOGICOS EN GENERAL SIEMPRE Y CUANDO HAYAN SIDO PRESCRITAS POR UN PROFESIONAL CALIFICADO EN BASE A PROTOCOLOS NACIONALES O A LA FALTA DE ELLOS, A LA BUENA PRACTICA DE LA MEDICINA BASADA EN EVIDENCIA O A LOS PROTOCOLOS INTERNACIONALES	30%	\$ 300	30 DIAS	40%	\$ 300	30 DIAS
COBERTURA DE CIRUGIA PLASTICA RECONSTRUCTIVA O CORRECTIVA	30%	\$ 500	90 DIAS	40%	\$ 500	90 DIAS
COBERTURA DE TRASTORNOS EN EL DESARROLLO PSICOMOTOR CUANDO ESTE SE DEBA O SE PRESENTE COMO CONSECUENCIA DE UNA PATOLOGIA	30%	\$ 250	30 DIAS	40%	\$ 250	30 DIAS
COBERTURA DE TRATAMIENTOS DE ULCERAS DE PRESION Y SUS COMPLICACIONES	30%	\$ 250	30 DIAS	40%	\$ 250	30 DIAS
COBERTURA DE ENDO-PROTESIS EN LOS CASOS QUE ESTAS SEAN DE TEJIDOS DE ORIGEN ANIMAL SIEMPRE Y CUANDO CUMPLAN CON LAS APROBACIONES REQUERIDAS POR LA AUTORIDAD SANITARIA NACIONAL	30%	\$ 150	30 DIAS	50%	\$ 150	30 DIAS
COBERTURA DE TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL	30%	\$ 2.500	30 DIAS	50%	\$ 2.500	30 DIAS
COBERTURA DE ATENCION NECESARIA PARA CUBRIR CONDICIONES DE SALUD QUE SEAN CONSECUENCIA DE ACCIONES Y/O ENFERMEDADES POR USO DE DROGAS ESTUPEFACIENTES, EMBRIAGUEZ, ALCOHOLISMO Y LESIONES DEBIDO A TRASTORNOS DE SALUD MENTAL, ESTADOS DE DEMENCIA INCLUSO A RESULTANTES POR INTENTO DE SUICIDIO	30%	\$ 200	90 DIAS	50%	\$ 200	90 DIAS
COBERTURA DE ATENCION INTEGRAL A PERSONAS CON PROBLEMAS DE MALNUTRICION SIEMPRE Y CUANDO HAYA DIAGNOSTICADO MEDICO DEFINITIVO Y ELECCION DE TRATAMIENTO DE ACUERDO A LOS PROTOCOLOS NACIONALES, O A LA FALTA DE ELLOS A LA BUENA PRACTICA DE LA MEDICINA BASADA EN EVIDENCIA O A LOS PROTOCOLOS INTERNACIONALES	30%	\$ 100	30 DIAS	30%	\$ 100	30 DIAS
COBERTURA DE GASTOS DE SALUD INCURRIDOS POR EL USUARIO PARA EL DIAGNOSTICO DIFERENCIAL O DEFINITIVO SIEMPRE Y CUANDO ESTOS ESTEN DE ACUERDO A LAS GUIAS DE PRACTICA CLINICA PROTOCOLOS NACIONALES O INTERNACIONALES	30%	\$ 500	30 DIAS	30%	\$ 500	30 DIAS
COBERTURAS OBLIGATORIAS						
ENFERMEDADES CRONICAS Y CATASTROFICAS	20%	\$ 20.000	30 DIAS	30%	\$ 20.000	30 DIAS
URGENCIA Y EMERGENCIA MEDICA	20%	\$ 20.000	24 HORAS	30%	\$ 20.000	24 HORAS
TARIFA CERO, acorde a lo establecido en la tabla de tarifa cero por género y grupo etáreo	30%	\$ 20.000	30 DIAS	N/A	N/A	N/A
OTRAS QUE DETERMINE LA AUTORIDAD SANITARIA	20%	\$ 20.000	30 DIAS	N/A	N/A	N/A
PREEXISTENCIAS						
MONTO ANUAL PARA PRE-EXISTENCIAS DECLARADAS desde mes 13 al 24	20%	\$ 400	12 MESES	N/A	N/A	N/A
MONTO ANUAL PARA PRE-EXISTENCIAS DECLARADAS desde el mes 25	20%	20 SALARIOS MINIMOS VITALES	24 MESES	N/A	N/A	N/A
DISCAPACIDAD						

DISCAPACIDAD	20%	20 SALARIOS MINIMOS VITALES	3 MESES	N/A	N/A	N/A
OTRAS COBERTURAS						
TRASPLANTE DE ORGANOS	20%	\$ 10.000	30 DIAS	N/A	N/A	N/A
GASTOS MEDICOS AL DONANTE VIVO	20%	\$ 750	30 DIAS	N/A	N/A	N/A
ENFERMEDADES ONCOLOGICAS	20%	\$ 20.000	30 DIAS	N/A	N/A	N/A
COBERTURAS ADICIONALES						
CONSULTAS PREVENTIVAS DE CONTROL GENERAL DE SALUD (UNA VEZ AL AÑO ACORDE AL CUADRO APROBADO POR EL MINISTERIO DE SALUD	0%	\$ 25	30 DIAS	N/A	N/A	N/A
CHEQUEOS preventivos (Empaquetados por edad y género) Acorde al plan elegido	0%	\$ 25	30 DIAS	N/A	N/A	N/A
EXAMENES MEDICOS DE CONTROL O PREVENCION SECUNDARIA PARA ENFERMEDADES CRONICAS PREVIAMENTE DIAGNOSTICADAS (NO APLICA PARA CUADROS AGUDOS NI PARA PREEXISTENCIAS DECLARADAS O NO)	20%	2 VECES AL AÑO CON UN MONTO DE \$ 100	30 DIAS	N/A	N/A	N/A
CONTROL DE NIÑO SANO	20%	\$ 35	30 DIAS	N/A	N/A	N/A
VACUNAS RELACIONADAS CON CONTROL NIÑO SANO	20%	\$ 120	30 DIAS	N/A	N/A	N/A
MEDIAS ELASTICAS EN CIRUGIAS	20%	\$ 40	30 DIAS	30%	\$ 40	30 DIAS
ADQUISICION Y/O ALQUILER DE APARATOS ORTOPEDICOS	0%	\$ 70	30 DIAS	0%	\$ 70	30 DIAS
PROTESIS NO DENTAL, MATERIAL DE OSTEOSINTESIS, SUTURAS PERMANENTES UNA VEZ AL AÑO	20%	\$ 400	30 DIAS	30%	\$ 400	30 DIAS
TERAPIAS DEL DOLOR (con profesionales especializados en la rama)	20%	MONTO ANUAL POR PERSONA HASTA \$ 500	30 DIAS	30%	MONTO ANUAL POR PERSONA HASTA \$ 500	30 DIAS
CONSULTAS DE NUTRICIÓN	20%	Hasta \$ 40	30 DIAS	30%	Hasta \$ 40	30 DIAS

Lugar y fecha

Propuesto Afiliado

PlusMedical Services S.A

www.plusmedical.com.ec