

| 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 PREEEXISTENCIAS 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