

PLAN MEGA EMPRESARIAL VITAL			
BENEFICIOS Y COBERTURAS	PLAN 1	PLAN 2	PLAN 3
LIMITE MAXIMO ANUAL POR PERSONA	\$10.000	\$20.000	\$30.000
DEDUCIBLE			
DEDUCIBLE POR AFILIADO (AÑO CONTRATO)	\$70	\$80	\$100
COBERTURA AMBULATORIA			
CONSULTAS MÉDICAS CON CRÉDITO DENTRO DE LA RED PLUS MEDICAL (COPAGO DESDE USD 3.00)	80%	80%	80%
COBERTURA CON CRÉDITO DE EXÁMENES DE LABORATORIO CLINICO, DE IMAGEN, DENTRO DE LA RED AMBULATORIA PLUS MEDICAL CON EXCEPCIÓN DE LOS EXÁMENES DE COMPLEJIDAD Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS QUE CONSTAN EN LA CLAUSULA ONCE DEL CONTRATO	100%	100%	100%
CONSULTAS MÉDICAS (VÍA REEMBOLSO)	70%	75%	80%
VALOR TOPE DE CONSULTA MÉDICA (VIA REEMBOLSO)	\$30	\$35	\$40
EXÁMENES DE LABORATORIO CLINICO, DE IMAGEN, LIBRE ELECCION VIA REEMBOLSO HASTA EL LIMITE MAXIMO DE COBERTURA	70%	75%	80%
COBERTURA CON CRÉDITO DE MEDICAMENTOS EN LA RED PLUS MEDICAL (VADEMECUM) HASTA EL LIMITE MAXIMO DE COBERTURA	70%	80%	80%
MEDICAMENTOS LIBRE ELECCION (VIA REEMBOLSO) HASTA EL LIMITE MAXIMO DE COBERTURA	60%	65%	70%
COBERTURA HOSPITALARIA			
CUARTO Y ALIMENTO DIARIO AL 100% (180 DIAS)	\$80	\$120	\$130
COBERTURA HOSPITALARIA Y TERAPIA INTENSIVA DENTRO DE LA RED PLUS MEDICAL HASTA EL LIMITE MAXIMO DE COBERTURA (Ver Anexo Red de Prestadores)	70%	80%	80%
HONORARIOS QUIRURGICOS: ANESTESIOLOGO 35% Y AYUDANTE 30% DEL VALOR DEL CIRUJANO	70%	80%	80%
COBERTURA HOSPITALARIA Y TERAPIA INTENSIVA LIBRE ELECCION (VIA REEMBOLSO) HASTA EL LIMITE MAXIMO DE COBERTURA	60%	70%	70%
HONORARIOS QUIRURGICOS: ANESTESIOLOGO 35% Y AYUDANTE 30% DEL VALOR DEL CIRUJANO (VIA REEMBOLSO)	60%	70%	70%
BENEFICIOS			
MEDICO A DOMICILIO CON EMPRESA CONTRATADA (CON COPAGO)	\$15	\$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	\$40	\$50	\$60
URGENCIA Y EMERGENCIA POR ACCIDENTE	\$500	\$800	\$900
AMBULANCIA TERRESTRE EN CASOS DE EMERGENCIAS MÉDICAS	\$150	\$150	\$200
PAPANICOLAU DE CONTROL UNA VEZ AL AÑO TITULAR Y/O CÓNYUGE MAYORES 18 AÑOS (VIA REEMBOLSO)	\$25	\$ 25	\$30
ANTIGENO PROSTATICO LIBRE Y TOTAL, UNA VEZ AL AÑO TITULAR Y/O CÓNYUGE (VIA REEMBOLSO)	\$25	\$ 25	\$30
MAMOGRAFÍA UNA VEZ AL AÑO TITULAR Y/O CÓNYUGE (VIA REEMBOLSO)	\$30	\$ 35	\$40
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 PUBLICA (VIA REEMBOLSO)	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 PUBLICA (VIA REEMBOLSO)	70%	70%	70%
EXÁMENES DE CONTROL: BIOMETRIA HEMATICA, EXAMEN ELEMENTAL DE ORINA Y COPROPARASITARIO UNA VEZ AL AÑO DENTRO DE LA RED PLUS MEDICAL (VIA REEMBOLSO)	100%	100%	100%
EXÁMENES DE CONTROL: BIOMETRIA HEMATICA, EXAMEN ELEMENTAL DE ORINA Y CORPROPARASITARIO UNA VEZ AL AÑO LIBRE ELECCION (VIA REEMBOLSO)	70%	70%	70%
PROTESIS NO DENTAL UNA VEZ AL AÑO PARA TITULAR Y DEPENDIENTES (VIA REEMBOLSO)	\$400	\$500	\$600
TRASPLANTE DE ORGANOS: HÍGADO, MÉDULA ÓSEA, RIÑÓN, CORNEA	\$5.000	\$10.000	\$15.000
GASTOS MEDICOS AL DONANTE VIVO	\$800	\$1.000	\$5.000
MONTO ANUAL PARA PRE-EXISTENCIAS DECLARADAS SUPERADO EL PERIODO DE CARENIA DE 90 DIAS	\$600	\$700	\$800
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
CONSULTAS DE MEDICINA ALTERNATIVA, HOMEOPATICA, ACUPUNTURA, TERAPIA NEURAL, Y BIOENERGETICA (VIA REEMBOLSO) SIEMPRE Y CUANDO SEAN PROFESIONALES ACREDITADOS POR ORGANISMOS COMPETENTES	12 CONSULTAS ANUALES POR PERSONA HASTA \$30 C/U	12 CONSULTAS ANUALES POR PERSONA HASTA \$30 C/U	12 CONSULTAS ANUALES POR PERSONA HASTA \$30 C/U
CONSULTAS, ATENCIONES, PROCEDIMIENTOS REALIZADOS POR NUTRICIONISTAS, FISIOTERAPISTAS, REHABILITADORES, TÉCNICOS DE MEDICINA ALTERNATIVA, QUIROPRACTICOS, KINESIOLOGOS, AUDIÓLOGOS, LABORATORISTAS, SIEMPRE Y CUANDO ESTEN HABILITADOS POR LOS RESPECTIVOS ORGANISMOS DE CONTROL (VIA REEMBOLSO)	10 SESIONES AL AÑO POR PERSONA HASTA \$20 C/U	10 SESIONES AL AÑO POR PERSONA HASTA \$ 20 C/U	10 SESIONES AL AÑO POR PERSONA HASTA \$ 20 C/U
EXAMENES MEDICOS DE CONTROL O PREVENCIÓN SECUNDARIA PARA ENFERMEDADES CRÓNICAS PREVIAMENTE DIAGNOSTICADAS (NO APLICA PARA CUADROS AGUDOS) CON APLICACIÓN DE DEDUCIBLE (VIA REEMBOLSO)	2 VECES AL AÑO POR CON UN MONTO HASTA DE \$200	2 VECES AL AÑO POR CON UN MONTO HASTA DE \$200	2 VECES AL AÑO POR CON UN MONTO HASTA DE \$ 200
CONSULTAS PSIQUIÁTRICAS DE BASE ORGÁNICA LIBRE ELECCION (LISTADO DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA) (VIA REEMBOLSO)	6 CONSULTAS AL AÑO POR PERSONA HASTA \$30 C/U	6 CONSULTAS AL AÑO POR PERSONA HASTA \$ 35 C/U	6 CONSULTAS AL AÑO POR PERSONA HASTA \$ 40 C/U
CONSULTAS DE PSICOLÓGICAS LIBRE ELECCION (VIA REEMBOLSO)	6 CONSULTAS AL AÑO POR PERSONA HASTA \$30 C/U	6 CONSULTAS AL AÑO POR PERSONA HASTA \$ 35 C/U	6 CONSULTAS AL AÑO POR PERSONA HASTA \$ 40 C/U
CUIDADOS PALIATIVOS (ENFERMEDADES EN FASE TERMINAL)	MONTO ANUAL POR PERSONA HASTA \$2.000	MONTO ANUAL POR PERSONA HASTA \$2.500	MONTO ANUAL POR PERSONA HASTA \$3.000

TERAPIAS DE REHABILITACION FISICAS, TERAPIAS RESPIRATORIAS POR AFILIADO (VIA REEMBOLSO)	12 SESIONES AL AÑO POR PERSONA HASTA \$20 C/U	12 TERAPIAS AL AÑO POR PERSONA HASTA \$20 C/U	12 TERAPIAS AL AÑO POR PERSONA HASTA \$20 C/U
CREDITO Y COBERTURA DE TERAPIAS DE REHABILITACION FISICAS, TERAPIAS RESPIRATORIAS POR AFILIADO DENTRO DE LA RED PLUS MEDICAL (COPAGO \$2)	12 SESIONES AL AÑO POR PERSONA	12 SESIONES AL AÑO POR PERSONA	12 SESIONES AL AÑO POR PERSONA
TERAPIAS DEL DOLOR (con profesionales especializados en la rama) (VÍA REEMBOLSO)	MONTO ANUAL POR PERSONA HASTA \$200	MONTO ANUAL POR PERSONA HASTA \$250	MONTO ANUAL POR PERSONA HASTA \$250
DIALISIS Y HEMODIALISIS	\$5.000	\$10.000	\$15.000
AYUDA AUDITIVA UNA VEZ AL AÑO SOLO TITULARES	\$100	\$150	\$200
MEDIAS ELASTICAS EN CIRUGIAS	\$40	\$50	\$60
LIGADURA Y VASECTOMIA TITULAR Y/O CONYUGE	\$200	\$250	\$300
VIH / SIDA PARA TITULAR Y/O CONYUGE	\$5.000	\$10.000	\$15.000
EXIMER LASER LUEGO DE LAS 5.5 DIOPTRIAS	\$500 POR CADA OJO	\$800 POR CADA OJO	\$1000 POR CADA OJO
PLANTILLAS ORTOPEDICAS	\$30	\$35	\$40
ANTICONCEPTIVOS TEMPORALES POR AÑO	\$45	\$50	\$60
LECHE MEDICADA POR PRESCRIPCION MEDICA	\$70 MENSUALES	\$80 MENSUALES	\$90 MENSUALES
ADQUISICION Y/O ALQUILER DE APARATOS ORTOPEDICOS	\$60	\$70	\$70
VITAMINAS NECESARIAS SEGUN EVIDENCIA CIENTIFICA	\$80	\$90	\$100
<b>MATERNIDAD PARA EL TITULAR Y/O CONYUGE</b>			
CONTROLES PRENATALES, PARTO NORMAL, ABORTO NO PUNIBLE, CESÁREA Y COMPLICACION DE MATERNIDAD	\$600	\$800	\$1.000
CUIDADO DEL NEONATO	\$10.000	\$20.000	\$30.000
CUIDADO DEL NEONATO EN PERIODO DE CARENANCIA	\$5.000	\$10.000	\$15.000
CONTROL DE NIÑO SANO	\$30	\$35	\$40
VACUNAS RELACIONADAS CON CONTROL NIÑO SANO	\$90	\$120	\$150
<b>CUOTA NETA MENSUAL</b>			
	<b>PLAN 1</b>	<b>PLAN 2</b>	<b>PLAN 3</b>
TITULAR SOLO	\$39.49	\$61.65	\$72.23
TITULAR + UNO	\$78.98	\$123.30	\$144.46
TITULAR MAS FAMILIA	\$118.47	\$184.95	\$216.69

\* Cobertura hospitalaria dentro y fuera de la Red Plus Medical (aplica Tarifario Institucional Plusmedical A, B Y C) dependiendo del plan contratado.

PLAN ACEPTADO: \_\_\_\_\_

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

 (02) 6022 233 / 6032 740

 @plusmedicalecuador

 www.plusmedical.com.ec



