

PLAN MEGA PLUS EMPRESARIAL VITAL				
BENEFICIOS Y COBERTURAS	PLAN 2	PLAN 4	PLAN 7	PLAN 10
LIMITE MAXIMO POR INCAPACIDAD	\$25.000	\$40.000	\$70.000	\$100.000
DEDUCIBLE				
DEDUCIBLE POR AFILIADO (AÑO CONTRATO)	\$110	\$120	\$150	\$180
COBERTURA AMBULATORIA				
CONSULTAS MÉDICAS CON CRÉDITO DENTRO DE LA RED PLUS MEDICAL (COPAGO DESDE USD 3.00)	80%	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%	100%
CONSULTA MÉDICA (VIA REEMBOLSO)	80%	80%	80%	80%
VALOR TOPE DE CONSULTA MÉDICA (VIA REEMBOLSO)	\$45	\$50	\$55	\$60
COBERTURA DE EXÁMENES DE LABORATORIO CLINICO, DE IMAGEN (VIA REEMBOLSO)	80%	80%	80%	80%
COBERTURA CON CRÉDITO DE MEDICAMENTOS EN LA RED PLUS MEDICAL (VADEMECUM) HASTA EL LIMITE MAXIMO DE COBERTURA	80%	80%	80%	80%
MEDICAMENTOS LIBRE ELECCIÓN (VIA REEMBOLSO)	60%	65%	70%	70%
COBERTURA HOSPITALARIA				
CUARTO Y ALIMENTO DIARIO AL 100% (180 DIAS)	\$160	\$180	\$190	\$200
COBERTURA HOSPITALARIA Y TERAPIA INTENSIVA DENTRO DE LA RED PLUS MEDICAL HASTA EL LIMITE MAXIMO DE COBERTURA (Ver Anexo Red de Prestadores)	80%	80%	80%	80%
HONORARIOS QUIRURGICOS: ANESTESIOLOGO 35% Y AYUDANTE 30% DEL VALOR DEL CIRUJANO	80%	80%	80%	80%
COBERTURA HOSPITALARIA Y TERAPIA INTENSIVA LIBRE ELECCION HASTA EL LIMITE MAXIMO DE COBERTURA (VIA REEMBOLSO)	70%	70%	70%	70%
HONORARIOS QUIRURGICOS: ANESTESIOLOGO 35% Y AYUDANTE 30% DEL VALOR DEL CIRUJANO (VIA REEMBOLSO)	70%	70%	70%	70%
BENEFICIOS				
MEDICO A DOMICILIO CON EMPRESA CONTRATADA (CON COPAGO)	\$10	\$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	\$60	\$60	\$60	\$60
URGENCIA Y EMERGENCIA POR ACCIDENTE	\$500	\$800	\$1.000	\$1.000
EMERGENCIA MEDICA COMPROBADA EN VIAJES AL EXTERIOR	\$8.000	\$12.000	\$12.000	\$12.000
MAXIMO DE DIAS POR VIAJE	30 DIAS	30 DIAS	30 DIAS	30 DIAS
DEDUCIBLE POR EMERGENCIA EN EL EXTERIOR	\$200	\$200	\$200	\$200
AMBULANCIA TERRESTRE EN CASOS DE EMERGENCIAS MÉDICAS	\$150	\$150	\$200	\$250
AMBULANCIA AEREA EN CASOS DE EMERGENCIAS	\$2.000	\$3.000	\$3.500	\$3.800
PAPANICOLAU DE CONTROL UNA VEZ AL AÑO TITULAR Y/O CÓNYUGE MAYORES 18 AÑOS (VIA REEMBOLSO)	\$ 35	\$ 40	\$45	\$50
ANTIGENO PROSTATICO LIBRE Y TOTAL, UNA VEZ AL AÑO TITULAR Y/O CÓNYUGE (VIA REEMBOLSO)	\$ 35	\$ 40	\$45	\$50
MAMOGRAFÍA UNA VEZ AL AÑO TITULAR Y/O CÓNYUGE (VIA REEMBOLSO)	\$ 50	\$ 55	\$60	\$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 PUBLICA (VIA REEMBOLSO)	100%	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%	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%	100%
EXÁMENES DE CONTROL: BIOMETRIA HEMATICA, EXAMEN ELEMENTAL DE ORINA Y CORPROPARASITARIO UNA VEZ AL AÑO LIBRE ELECCION (VIA REEMBOLSO)	70%	70%	70%	70%
PROTESIS NO DENTAL UNA VEZ AL AÑO PARA TITULAR Y DEPENDIENTES (VIA REEMBOLSO)	\$1.000	\$1.500	\$2.000	\$2.500
TRASPLANTE DE ORGANOS: HÍGADO, MÉDULA ÓSEA, RIÑÓN, CORNEA	\$12.500	\$20.000	\$35.000	\$50.000
GASTOS MEDICOS AL DONANTE VIVO	\$1.250	\$2.000	\$3.500	\$5.000
MONTO ANUAL PARA PRE-EXISTENCIAS DECLARADAS SUPERADO EL PERIODO DE CARENCIA DE 90 DIAS	\$800	\$900	\$1.000	\$1.200
MONTO ANUAL PARA PRE-EXISTENCIAS DECLARADAS LIBRE ELECCION, SUPERADO EL PERIODO DE CARENCIA DE 24 MESES	20 SALARIOS MINIMOS VITALES			
CONSULTAS DE MEDICINA ALTERNATIVA: HOMEOPATICA, ACUPUNTURA, TERAPIA NEURAL, MEDICINA NATURAL Y BIOENERGETICA (VIA REEMBOLSO) SIEMPRE Y CUANDO SEAN PROFESIONALES ACREDITADOS POR ORGANISMOS COMPETENTES	15 CONSULTAS ANUALES POR PERSONA HASTA \$50 C/U	15 CONSULTAS ANUALES POR PERSONA HASTA \$50 C/U	15 CONSULTAS ANUALES POR PERSONA HASTA \$50 C/U	15 CONSULTAS ANUALES POR PERSONA HASTA \$50 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 \$25 C/U	10 SESIONES AL AÑO POR PERSONA HASTA \$ 25 C/U	10 SESIONES AL AÑO POR PERSONA HASTA \$ 25 C/U	10 SESIONES AL AÑO POR PERSONA HASTA \$ 25 C/U
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 \$300	2 VECES AL AÑO POR CON UN MONTO HASTA DE \$ 300	2 VECES AL AÑO POR CON UN MONTO HASTA DE \$ 300	2 VECES AL AÑO POR CON UN MONTO HASTA DE \$ 300

CONSULTAS PSIQUIÁTRICAS DE BASE ORGÁNICA LIBRE ELECCION (LISTADO DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA) (VÍA REEMBOLSO)	6 CONSULTAS AL AÑO POR PERSONA HASTA \$45 C/U	6 CONSULTAS AL AÑO POR PERSONA HASTA \$ 50 C/U	6 CONSULTAS AL AÑO POR PERSONA HASTA \$ 50 C/U	6 CONSULTAS AL AÑO POR PERSONA HASTA \$ 50 C/U
CONSULTAS PSICOLÓGICAS LIBRE ELECCIÓN (VÍA REEMBOLSO)	6 CONSULTAS AL AÑO POR PERSONA HASTA \$45 C/U	6 CONSULTAS AL AÑO POR PERSONA HASTA \$ 50 C/U	6 CONSULTAS AL AÑO POR PERSONA HASTA \$ 50 C/U	6 CONSULTAS AL AÑO POR PERSONA HASTA \$ 50 C/U
CUIDADOS PALIATIVOS (ENFERMEDADES EN FASE TERMINAL)	MONTO ANUAL POR PERSONA HASTA \$2,500	MONTO ANUAL POR PERSONA HASTA \$3,000	MONTO ANUAL POR PERSONA HASTA \$3,500	N/A
TERAPIAS DE REHABILITACION FISICAS, TERAPIAS RESPIRATORIAS POR AFILIADO (VIA REEMBOLSO)	20 SESIONES AL AÑO POR PERSONA HASTA \$20 C/U	20 TERAPIAS AL AÑO POR PERSONA HASTA \$20 C/U	20 TERAPIAS AL AÑO POR PERSONA HASTA \$20 C/U	20 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)	20 SESIONES AL AÑO POR PERSONA	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) (VIA REEMBOLSO)	MONTO ANUAL POR PERSONA HASTA \$500	MONTO ANUAL POR PERSONA HASTA \$700	MONTO ANUAL POR PERSONA HASTA \$ 700	MONTO ANUAL POR PERSONA HASTA \$ 700
DIALISIS Y HEMODIALISIS	\$12.500	\$20.000	\$35.000	\$100.000
AYUDA AUDITIVA UNA VEZ AL AÑO SOLO TITULARES (VÍA REEMBOLSO)	\$200	\$250	\$300	\$400
MEDIAS ELÁSTICAS EN CIRUGIAS	\$50	\$60	\$70	\$100
LIGADURA Y VASECTOMIA TITULAR Y/O CONYUGE	\$500	\$500	\$700	\$700
VIH / SIDA PARA TITULAR Y/O CONYUGE	\$12.500	\$20.000	\$35.000	\$50.000
EXIMER LASER LUEGO DE LAS 5.5 DIOPTRIAS	\$600 POR CADA OJO	\$900 POR CADA OJO	\$1,100 POR CADA OJO	\$1,300 POR CADA OJO
CRISTALES OPTICOS UNA VEZ AL AÑO SOLO PARA EL TITULAR DEL CONTRATO	\$45	\$60	\$70	\$80
ZAPATOS ORTOPEDICOS PARA NIÑOS MENORES DE 15 AÑOS CON APLICACIÓN DE DEDUCIBLE UNA VEZ AL AÑO (VÍA REEMBOLSO)	\$80	\$80	\$80	\$80
PLANTILLAS ORTOPEDICAS PARA NIÑOS MENORES DE 15 AÑOS.UNA VEZ AL AÑO (VÍA REEMBOLSO)	\$50	\$50	\$50	\$50
ADQUISICION Y/O ALQUILER DE APARATOS ORTOPEDICOS	\$70	\$80	\$100	\$100
EXTRACCION DE TERCEROS MOLARES AL SOLO PARA EL TITULAR (VÍA REEMBOLSO)	\$80 POR MOLAR	\$80 POR MOLAR	\$80 POR MOLAR	\$80 POR MOLAR
ANTICONCEPTIVOS TEMPORALES POR AÑO	\$50	\$60	\$70	N/A
LECHE MEDICADA POR PRESCRIPCION MEDICA	\$80 MENSUALES	\$90 MENSUALES	\$100 MENSUALES	N/A
VITAMINAS NECESARIAS SEGUN EVIDENCIA CIENTIFICA	\$100	\$120	\$130	\$150
MATERNIDAD PARA MATERNIDAD Y/O CONYUGE				
CONTROLES PRENATALES, PARTO NORMAL, ABORTO NO PUNIBLE, CESAREA Y COMPLICACIONES DE MATERNIDAD	\$1.500	\$2.500	\$3.500	\$3.500
CUIDADO DEL NEONATO	\$25.000	\$40.000	\$70.000	\$100.000
CUIDADO DEL NEONATO EN PERIODO DE CARENCIA	\$12.500	\$20.000	\$35.000	\$50.000
CONTROL DE NIÑO SANO	\$45	\$50	\$55	\$60
VACUNAS RELACIONADAS CON CONTROL NIÑO SANO	\$200	\$300	\$ 350	\$ 350
CUOTA NETA MENSUAL				
TITULAR SOLO	PLAN 2 \$79.69	PLAN 4 \$89.58	PLAN 7 \$103.91	PLAN 10 \$119.05
TITULAR + UNO	\$159.38	\$179.16	\$207.82	\$238.10
TITULAR MAS FAMILIA	\$239.07	\$268.74	\$311.73	\$357.15

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