

PLAN MEGA EMPRESARIAL VITAL			
BENEFICIOS Y COBERTURAS	PLAN 1	PLAN 2	PLAN 3
LIMITE MAXIMO ANUAL POR PERSONA	\$10,000	\$20,000	\$30,000
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 CLAUDSULA SEXTA DEL CONTRATO AL 80%	100%	100%	100%
COBERTURA DE CONSULTAS MÉDICAS LIBRE ELECCIÓN VÍA REEMBOLSO	70%	80%	80%
COBERTURA DE EXÁMENES DE LABORATORIO CLINICO, DE IMAGEN, LIBRE ELECCION VÍA REEMBOLSO	70%	75%	80%
COBERTURA DE MEDICAMENTOS LIBRE ELECCIÓN (VIA REEMBOLSO)	60%	65%	70%
COBERTURA CON CRÉDITO DE MEDICAMENTOS EN LA RED PLUS MEDICAL (VADEMECUM )	70%	80%	80%
VALOR TOPE DE CONSULTA MÉDICA LIBRE ELECCIÓN	\$30	\$35	\$40
COBERTURA HOSPITALARIA			
CUARTO Y ALIMENTO DIARIO SIN LIMITE DE DIAS AL 100%	\$80	\$120	\$130
TERAPIA INTENSIVA DENTRO DE LA RED PLUS MEDICAL	70%	80%	80%
PORCENTAJE DE COBERTURA HOSPITALARIA DENTRO DE LA RED PLUS MEDICAL	70%	80%	80%
TERAPIA INTENSIVA LIBRE ELECCION (VIA REEMBOLSO)	70%	70%	70%
PORCENTAJE DE COBERTURA HOSPITALARIA LIBRE ELECCION (VIA REEMBOLSO)	70%	70%	70%
DEDUCIBLE			
DEDUCIBLE POR AFILIADO (AÑO CONTRATO)	\$70	\$80	\$100
BENEFICIOS			
MEDICO A DOMICILIO (CREDITO CON FEE ADMINISTRATIVO)	\$12	\$12	\$12
CAMA ACOMPAÑANTE PARA NIÑOS MENORES DE 16 AÑOS Y ADULTOS MAYORES DE 75 AÑOS	\$40	\$50	\$60
URGENCIA Y EMERGENCIA POR ACCIDENTE AL 100%	\$500	\$800	\$900
AMBULANCIA TERRESTRE EN CASOS DE EMERGENCIAS MÉDICAS (VIA REEMBOLSO)	\$150	\$150	\$200
PAPANICOLAU DE CONTROL UNA VEZ AL AÑO TITULAR Y/O CÓNYUGE MAYORES 18 AÑOS VIA REEMBOLSO AL 100% (APLICA PERIODO DE CARENENCIA DE 30 DIAS)	\$ 25	\$ 25	\$30
ANTIGENO PROSTATICO LIBRE Y TOTAL, UNA VEZ AL AÑO TITULAR Y/O CÓNYUGE VIA REEMBOLSO AL 100% (APLICA PERIODO DE CARENENCIA DE 30 DIAS)	\$ 25	\$ 25	\$30
COBERTURA DE MAMOGRAFÍA UNA VEZ AL AÑO TITULAR Y/O CÓNYUGE VIA REEMBOLSO AL 100% (APLICA PERIODO DE CARENENCIA DE 30 DIAS)	\$ 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. (VÍA 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. (VÍA 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 (VÍA REEMBOLSO)	100%	100%	100%
EXÁMENES DE CONTROL: BIOMETRIA HEMATICA, EXAMEN ELEMENTAL DE ORINA Y CORPROPARASITARIO UNA VEZ AL AÑO LIBRE ELECCION (VÍA REEMBOLSO)	70%	70%	70%
PROTESIS NO DENTAL UNA VEZ AL AÑO PARA TITULAR Y DEPENDIENTES AL 100% VÍA REEMBOLSO (APLICA PERIODO DE CARENENCIA DE 30 DIAS)	\$400	\$500	\$600
TRASPLANTE DE ORGANOS AL 80%: HÍGADO, MÉDULA ÓSEA, RIÑÓN, CORNEA	\$1,000	\$1,500	\$2,000
COBERTURA DE GASTOS MEDICOS AL DONANTE VIVO AL 80%	\$800	\$1,000	\$1,500
MONTO ANUAL PARA PRE-EXISTENCIAS DECLARADAS SUPERADO EL PERIODO DE CARENENCIA DE 90 DIAS	\$600	\$700	\$800
MONTO ANUAL PARA PRE-EXISTENCIAS DECLARADAS LIBRE ELECCION, SUPERADO EL PERIODO DE CARENENCIA DE 24 MESES	20 SALARIOS BASICOS UNIFICADOS	20 SALARIOS BASICOS UNIFICADOS	20 SALARIOS BASICOS UNIFICADOS
COBERTURA DE 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
COBERTURA DE CONSULTAS, ATENCIONES, PROCEDIMIENTOS REALIZADOS POR NUTRICIONISTAS, FISIOTERAPISTAS, REHABILITADORES, TÉCNICOS DE MEDICINA ALTERNATIVA, QUIROPRACTICOS, KINESIÓLOGOS, AUDIÓLOGOS, LABORATORISTAS, SIEMPRE Y CUANDO ESTEN HABILITADOS POR LOS RESPECTIVOS ORGANISMOS DE CONTROL (VÍA 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
COBERTURA DE EXAMENES MÉDICOS DE CONTROL O PREVENCIÓN SECUNDARIA PARA ENFERMEDADES CRÓNICAS PREVIAMENTE DIAGNOSTICADAS (NO APLICA PARA CUADROS AGUDOS) CON APLICACIÓN DE DEDUCIBLE (VÍA 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

COBERTURA DE CONSULTAS PSIQUIÁTRICAS DE BASE ORGÁNICA LIBRE ELECCION (LISTADO DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA) (VÍA REEMBOLSO)	6 CONSULTAS AL AÑO POR PERSONA HASTA \$ 30 C/U	6 CONSULTAS AL AÑO POR PERSONA HASTA \$ 30 C/U	6 CONSULTAS AL AÑO POR PERSONA HASTA \$ 30 C/U
COBERTURA DE CONSULTAS DE PSICOLÓGICAS LIBRE ELECCION (VÍA REEMBOLSO)	6 CONSULTAS AL AÑO POR PERSONA HASTA \$ 30 C/U	6 CONSULTAS AL AÑO POR PERSONA HASTA \$ 30 C/U	6 CONSULTAS AL AÑO POR PERSONA HASTA \$ 30 C/U
COBERTURA DE TERAPIAS DE REHABILITACION FISICAS, TERAPIAS RESPIRATORIAS POR AFILIADO (VIA REEMBOLSO) AL 70%	12 TERAPIAS 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 AL 100%	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) AL 80% (VÍA REEMBOLSO)	MONTO ANUAL POR PERSONA HASTA \$ 200	MONTO ANUAL POR PERSONA HASTA \$ 250	MONTO ANUAL POR PERSONA HASTA \$ 300
AYUDA AUDITIVA UNA VEZ AL AÑO SOLO TITULARES AL 100%	\$100	\$150	\$200
COBERTURA DE LIGADURA Y VASECTOMIA TITULAR Y/O CONYUGE AL 80%	\$200	\$250	\$300
COBERTURA DE VIH / SIDA PARA TITULAR Y/O CONYUGE AL 80% (CON APLICACIÓN DE DEDUCIBLE)	\$5,000	\$10,000	\$15,000
EXIMER LASER LUEGO DE LAS 5.5 DIOPTRIAS AL 80%	\$ 500	\$ 800	\$ 1,000
<b>MATERNIDAD</b>			
CONTROLES PRENATALES, PARTO NORMAL, ABORTO NO PROVOCADO, CESAREA AL 100%	\$600	\$800	\$1,000
CONTROL DE NIÑO SANO AL 80%	\$30	\$35	\$40
VACUNAS RELACIONADAS CON CONTROL NIÑO SANO AL 80%	\$90	\$120	\$ 150
<b>CUOTA NETA MENSUAL</b>			
TITULAR SOLO	\$46.80	\$57.60	\$73.20
TITULAR + UNO	\$88.92	\$113.47	\$146.40
TITULAR MAS FAMILIA	\$135.72	\$169.92	\$219.60

\* Cobertura hospitalaria dentro de la Red Plus Medical (aplica Tabla Harvard)  
 \* Cobertura hospitalaria libre eleccion de acuerdo al tarifario institucional Plus Medical

**NOTA:**  
 \* Beneficio plan seguro de vida para propuestos afiliados entre 18 a 65 años (opcional)

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