

| 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 |
| COBERTURA AMBULATORIA | | | | |
| CONSULTAS MÉDICAS CON CRÉDITO DENTRO DE LA RED PLUS MEDICAL (COPAGO USD 5.00) | 100% | 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 CLAUSULA SEXTA DEL CONTRATO AL 80% | 100% | 100% | 100% | 100% |
| COBERTURA DE CONSULTAS MÉDICAS LIBRE ELECCIÓN VÍA REEMBOLSO | 80% | 80% | 80% | 80% |
| COBERTURA DE EXÁMENES DE LABORATORIO CLINICO, DE IMAGEN, LIBRE ELECCION VÍA REEMBOLSO | 80% | 80% | 80% | 80% |
| COBERTURA DE MEDICAMENTOS LIBRE ELECCIÓN (VIA REEMBOLSO) | 60% | 65% | 70% | 70% |
| COBERTURA CON CRÉDITO DE MEDICAMENTOS EN LA RED PLUS MEDICAL (VADEMECUM) | 80% | 80% | 80% | 80% |
| VALOR TOPE DE CONSULTA MÉDICA LIBRE ELECCIÓN | \$45 | \$50 | \$55 | \$60 |
| COBERTURA HOSPITALARIA | | | | |
| CUARTO Y ALIMENTO DIARIO SIN LIMITE DE DIAS AL 100% | \$160 | \$180 | \$190 | \$200 |
| TERAPIA INTENSIVA DENTRO DE LA RED PLUS MEDICAL (Ver Anexo Red de Prestadores) | 80% | 80% | 80% | 80% |
| PORCENTAJE DE COBERTURA HOSPITALARIA DENTRO DE LA RED PLUS MEDICAL (Ver Anexo Red de Prestadores) | 80% | 80% | 80% | 80% |
| TERAPIA INTENSIVA LIBRE ELECCION (VIA REEMBOLSO) | 70% | 70% | 70% | 70% |
| PORCENTAJE DE COBERTURA HOSPITALARIA LIBRE ELECCION (VIA REEMBOLSO) | 70% | 70% | 70% | 70% |
| DEDUCIBLE | | | | |
| DEDUCIBLE POR AFILIADO (AÑO CONTRATO) | \$110 | \$120 | \$150 | \$180 |
| BENEFICIOS | | | | |
| MEDICO A DOMICILIO (CRÉDITO CON FEE ADMINISTRATIVO) | \$12 | \$12 | \$12 | \$12 |
| CAMA ACOMPAÑANTE PARA NIÑOS MENORES DE 16 AÑOS Y ADULTOS MAYORES DE 75 AÑOS | \$60 | \$60 | \$60 | \$60 |
| URGENCIA Y EMERGENCIA POR ACCIDENTE AL 100% | \$500 | \$800 | \$900 | \$1,000 |
| EMERGENCIA MEDICA COMPROBADA EN VIAJES AL EXTERIOR AL 100% | \$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 (VIA REEMBOLSO) | \$150 | \$150 | \$200 | \$250 |
| AMBULANCIA AEREA EN CASOS DE EMERGENCIAS (VIA REEMBOLSO) AL 100% | \$2,000 | \$3,000 | \$3,500 | \$3,800 |
| PAPANICOLAU DE CONTROL UNA VEZ AL AÑO TITULAR Y/O CÓNYUGE MAYORES 18 AÑOS VIA REEMBOLSO AL 100% (APLICA PERIODO DE CARENIA DE 30 DIAS) | \$ 35 | \$ 40 | \$45 | \$50 |
| ANTIGENO PROSTATICO LIBRE Y TOTAL, UNA VEZ AL AÑO TITULAR Y/O CÓNYUGE VIA REEMBOLSO AL 100% (APLICA PERIODO DE CARENIA DE 30 DIAS) | \$ 35 | \$ 40 | \$45 | \$50 |
| COBERTURA DE MAMOGRAFÍA UNA VEZ AL AÑO TITULAR Y/O CÓNYUGE VIA REEMBOLSO AL 100% (APLICA PERIODO DE CARENIA DE 30 DIAS) | \$ 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% |
| BENEFICIOS | | | | |
| 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 COPROPARASITARIO UNA VEZ AL AÑO LIBRE ELECCION (VIA REEMBOLSO) | 70% | 70% | 70% | 70% |
| PROTESIS NO DENTAL UNA VEZ AL AÑO PARA TITULAR Y DEPENDIENTES AL 100% VÍA REEMBOLSO (APLICA PERIODO DE CARENIA DE 30 DIAS) | \$1,000 | \$1,500 | \$2,000 | \$2,500 |
| TRASPLANTE DE ORGANOS AL 80% : HÍGADO, MÉDULA ÓSEA, RIÑÓN, CORNEA | \$12,500 | \$20,000 | \$35,000 | \$50,000 |
| COBERTURA DE GASTOS MEDICOS AL DONANTE VIVO AL 80% | \$1,250 | \$2,000 | \$3,500 | \$5,000 |
| MONTO ANUAL PARA PRE-EXISTENCIAS DECLARADAS SUPERADO EL PERIODO DE CARENIA DE 90 DIAS | \$800 | \$900 | \$1,000 | \$1,200 |
| 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 | 20 SALARIOS MINIMOS VITALES |
| COBERTURA DE 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 |
| 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 (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 |
| COBERTURA DE EXÁMENES MÉDICOS DE CONTROL O PREVENCIÓN SECUNDARIA PARA ENFERMEDADES CRÓNICAS PREVIAMENTE DIAGNOSTICADAS (NO APLICA PARA CUADROS AGUDOS) CON APLICACIÓN DE DEDUCIBLE | 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 |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| COBERTURA DE TERAPIAS DE REHABILITACION FISICAS, TERAPIAS RESPIRATORIAS POR AFILIADO (VIA REEMBOLSO) AL 70% | 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 | 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 AL 100% | 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) AL 80% (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 |
| COBERTURA DE CONSULTAS PSIQUIÁTRICAS DE BASE ORGÁNICA LIBRE ELECCION (LISTADO DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA) (VIA REEMBOLSO) | 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 | 6 CONSULTAS AL AÑO POR PERSONA HASTA \$ 50 C/U |
| COBERTURA DE CONSULTAS PSICOLÓGICAS LIBRE ELECCIÓN (VIA REEMBOLSO) | 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 | 6 CONSULTAS AL AÑO POR PERSONA HASTA \$ 50 C/U |
| COBERTURA DE MEDIAS ELASTICAS EN CIRUGIAS | 80% | 80% | 80% | 80% |
| AYUDA AUDITIVA UNA VEZ AL AÑO SOLO TITULARES AL 100% (VIA REEMBOLSO) | \$200 | \$250 | \$300 | \$400 |
| BENEFICIOS | | | | |
| COBERTURA DE LIGADURA Y VASECTOMIA TITULAR Y/O CONYUGE AL 80% | \$500 | \$500 | \$600 | \$700 |
| CRISTALES OPTICOS UNA VEZ AL AÑO SOLO PARA EL TITULAR DEL CONTRATO AL 100% | \$45 | \$60 | \$70 | \$80 |
| COBERTURA DE ZAPATOS ORTOPEDICOS AL 80% PARA NIÑOS MENORES DE 15 AÑOS CON APLICACIÓN DE DEDUCIBLE UNA VEZ AL AÑO (VIA REEMBOLSO) | \$80 | \$80 | \$80 | \$80 |
| COBERTURA DE PLANTILLAS ORTOPEDICAS AL 80% PARA NIÑOS MENORES DE 15 AÑOS, UNA VEZ AL AÑO (VIA REEMBOLSO) | \$50 | \$50 | \$50 | \$50 |
| COBERTURA DE EXTRACCION DE TERCEROS MOLARES AL SOLO PARA EL TITULAR AL 100% (VIA REEMBOLSO) | \$80 | \$80 | \$80 | \$80 |
| COBERTURA DE VIH / SIDA PARA TITULAR Y/O CONYUGE AL 80% (CON APLICACIÓN DE DEDUCIBLE) | \$12,500 | \$20,000 | \$35,000 | \$50,000 |
| EXIMER LASER LUEGO DE LAS 5.5 DIOPTRIAS AL 80% | DONDE PMS INDIQUE | DONDE PMS INDIQUE | DONDE PMS INDIQUE | DONDE PMS INDIQUE |
| BENEFICIO DENTAL | DONDE PMS INDIQUE | DONDE PMS INDIQUE | DONDE PMS INDIQUE | DONDE PMS INDIQUE |
| MATERNIDAD | | | | |
| CONTROLES PRENATALES, PARTO NORMAL, ABORTO NO PROVOCADO, CESAREA AL 100% | \$1,500 | \$2,500 | \$3,000 | \$3,500 |
| CONTROL DE NIÑO SANO AL 80% | \$63 | \$63 | \$65 | \$65 |
| VACUNAS RELACIONADAS CON CONTROL NIÑO SANO AL 80% | \$200 | \$300 | \$350 | \$350 |
| CUOTA NETA MENSUAL | | | | |
| | PLAN 2 | PLAN 4 | PLAN 7 | PLAN 10 |
| TITULAR SOLO | \$76.05 | \$83.07 | \$92.43 | \$101.79 |
| TITULAR + UNO | \$152.10 | \$166.14 | \$184.86 | \$203.58 |
| TITULAR MAS FAMILIA | \$228.15 | \$249.21 | \$277.29 | \$305.37 |

* 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

(02) 6022 233 / 6032 740

@plusmedicalecuador

www.plusmedical.com.ec