

PLAN EMPRESARIAL			
BENEFICIOS Y COBERTURAS	PLAN 1	PLAN 2	PLAN 3
LIMITE MAXIMO ANUAL POR PERSONA	\$10,000	\$20,000	\$30,000
COBERTURA AMBULATORIA			
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%
COBERTURA CON CRÉDITO DE EXÁMENES DE LABORATORIO CLINICO, DE IMAGEN, DENTRO DE LA RED AMBULATORIA PLUS MEDICAL CON EXCEPCIÓN DE LOS EXÁMENES ESPECIALES QUE CONSTAN EN LA CLAUSULA SEXTA DEL CONTRATO AL 80%.	100%	100%	100%
COBERTURA DE CONSULTAS MÉDICAS LIBRE ELECCIÓN VÍA REEMBOLSO	80%	80%	80%
COBERTURA DE EXÁMENES DE LABORATORIO CLINICO, DE IMAGEN, LIBRE ELECCION VÍA REEMBOLSO	80%	80%	80%
COBERTURA DE MEDICAMENTOS LIBRE ELECCIÓN (VIA REEMBOLSO)	70%	70%	70%
COBERTURA CON CRÉDITO DE MEDICAMENTOS EN LA RED PLUS MEDICAL (VADEMECUM)	90%	90%	90%
VALOR TOPE DE CONSULTA MÉDICA LIBRE ELECCIÓN AL 80%	\$35	\$40	\$45
COBERTURA HOSPITALARIA			
CUARTO Y ALIMENTO DIARIO SIN LIMITE DE DIAS AL 100%	\$80	\$120	\$150
TERAPIA INTENSIVA DENTRO DE LA RED PLUS MEDICAL	80%	80%	80%
PORCENTAJE DE COBERTURA HOSPITALARIA DENTRO DE LA RED PLUS MEDICAL	80%	80%	80%
TERAPIA INTENSIVA LIBRE ELECCION (VIA REEMBOLSO)	60%	65%	70%
PORCENTAJE DE COBERTURA HOSPITALARIA LIBRE ELECCION (VIA REEMBOLSO)	60%	65%	70%
DEDUCIBLE			
DEDUCIBLE POR AFILIADO (AÑO CONTRATO)	\$60	\$80	\$100
BENEFICIOS ADICIONALES			
MEDICO A DOMICILIO (CREDITO CON FEE ADMINISTRATIVO)	\$12	\$12	\$12
CAMA ACOMPAÑANTE PARA NIÑOS MENORES DE 16 AÑOS Y ADULTOS MAYORES DE 75 AÑOS	\$60	\$60	\$60
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 CONYUGE DENTRO DE LA RED PLUSMEDICAL (VÍA REEMBOLSO)	100%	100%	100%
PAPANICOLAU DE CONTROL UNA VEZ AL AÑO TITULAR Y/O CONYUGE LIBRE ELECCION AL 80% (VÍA REEMBOLSO)	\$ 25	\$ 25	\$30
ANTIGENO PROSTATICO LIBRE Y TOTAL UNA VEZ AL AÑO TITULAR Y/O CONYUGE DENTRO DE LA RED PLUSMEDICAL (VÍA REEMBOLSO)	100%	100%	100%
ANTIGENO PROSTATICO LIBRE Y TOTAL UNA VEZ AL AÑO TITULAR Y/O CÓNUYGE LIBRE ELECCION AL 80% (VÍA REEMBOLSO)	\$ 25	\$ 25	\$30
COBERTURA DE MAMOGRAFÍA UNA VEZ AL AÑO TITULAR Y/O CÓNUYGE DENTRO DE LA RED PLUSMEDICAL (VIA REEMBOLSO) (VÍA REEMBOLSO)	100%	100%	100%
COBERTURA DE MAMOGRAFÍA UNA VEZ AL AÑO TITULAR Y/O CONYUGE LIBRE ELECCION (VÍA 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. (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 COPROPARASITARIO 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)	\$500	\$600	\$800
TRASPLANTE DE ORGANOS AL 80% : HÍGADO, MÉDULA ÓSEA, RIÑÓN. CORNEA	\$1,000	\$1,500	\$2,000
COBERTURA DE GASTOS MEDICOS AL DONANTE VIVO AL 100%	\$800	\$1,000	\$1,500
MONTO ANUAL PARA PRE-EXISTENCIAS DECLARADAS SUPERADO EL PERIODO DE CARENCIA DE 90 DIAS	\$600	\$700	\$800
MONTO ANUAL PARA PRE-EXISTENCIAS DECLARADAS LIBRE ELECCION, SUPERADO EL PERIODO DE CARENCIA DE 24 MESES.	20 SALARIOS BASICOS UNIFICADOS	20 SALARIOS BASICOS UNIFICADOS	20 SALARIOS BASICOS UNIFICADOS

COBERTURA DE CONSULTAS DE MEDICINA ALTERNATIVA, HOMEOPÁTICA, ACUPUNTURA, TERAPIA NEURAL, Y BIOENERGÉTICA (VÍA REEMBOLSO SIEMPRE Y CUANDO SEAN PROFESIONALES ACREDITADOS POR ORGANISMOS COMPETENTES,	12 CONSULTAS ANUALES POR PERSONA HASTA \$30 CADA UNA	12 CONSULTAS ANUALES POR PERSONA HASTA \$30 CADA UNA	12 CONSULTAS ANUALES POR PERSONA HASTA \$30 CADA UNA
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 CADA UNA	10 SESIONES AL AÑO POR PERSONA HASTA \$20 CADA UNA	10 SESIONES AL AÑO POR PERSONA HASTA \$20 CADA UNA
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 CADA UNA	6 CONSULTAS AL AÑO POR PERSONA HASTA \$30 CADA UNA	6 CONSULTAS AL AÑO POR PERSONA HASTA \$30 CADA UNA
COBERTURA DE CONSULTAS DE PSICOLÓGICAS LIBRE ELECCION (VÍA REEMBOLSO)	6 CONSULTAS AL AÑO POR PERSONA HASTA \$30 CADA UNA	6 CONSULTAS AL AÑO POR PERSONA HASTA \$30 CADA UNA	6 CONSULTAS AL AÑO POR PERSONA HASTA \$30 CADA UNA
COBERTURA DE TERAPIAS DE REHABILITACION FISICAS, TERAPIAS RESPIRATORIAS POR AFILIADO (VIA REEMBOLSO) AL 70%	12 TERAPIAS AL AÑO POR PERSONA HASTA \$20 CADA UNA	12 TERAPIAS AL AÑO POR PERSONA HASTA \$20 CADA UNA	12 TERAPIAS AL AÑO POR PERSONA HASTA \$20 CADA UNA
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 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	\$1,000	\$1,500
BENEFICIO DENTAL	DONDE PMS INDIQUE	DONDE PMS INDIQUE	DONDE PMS INDIQUE
MATERNIDAD			
CONTROLES PRENATALES, PARTO NORMAL, ABORTO NO PROVOCADO, CESAREA AL 100%	\$600	\$800	\$1,000
CONTROL DE NIÑO SANO AL 80%	\$20	\$25	\$30
CUOTA NETA MENSUAL			
	PLAN 1	PLAN 2	PLAN 3
TITULAR SOLO	\$46.80	\$57.60	\$61.00
TITULAR + UNO	\$88.92	\$113.47	\$146.40
TITULAR MAS FAMILIA	\$135.72	\$169.92	\$219.60

* Cobertura hospitalaria libre eleccion de acuerdo al tarifario institucional Plus Medical

NOTA:

- * Beneficio servicio exequial para todos los propuestos afiliados.
- * 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