

PLAN MEGA EMPRESARIAL				
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	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)	70%	70%	70%	70%
COBERTURA CON CRÉDITO DE MEDICAMENTOS EN LA RED PLUS MEDICAL (VADEMECUM)	90%	90%	90%	90%
VALOR TOPE DE CONSULTA MÉDICA LIBRE ELECCIÓN AL 80%	\$63	\$63	\$65	\$65
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 DENTRO DE LA RED PLUS MEDICAL (Ver Anexo Red de Prestadores)	90%	90%	90%	90%
PORCENTAJE DE COBERTURA HOSPITALARIA DENTRO DE LA RED PLUS MEDICAL (Ver Anexo Red de Prestadores)	90%	90%	90%	90%
LIMITE DE COPARTICIPACION HOSPITALARIA DENTRO DE LA RED PLUSMEDICAL (Ver Anexo Red de Prestadores)	\$ 10,000	\$ 15,000	\$ 20,000	\$ 30,000
TERAPIA INTENSIVA LIBRE ELECCION (VIA REEMBOLSO)	65%	70%	70%	70%
PORCENTAJE DE COBERTURA HOSPITALARIA LIBRE ELECCION (VIA REEMBOLSO)	65%	70%	70%	70%
DEDUCIBLE				
DEDUCIBLE POR AFILIADO (AÑO CONTRATO)	\$110	\$120	\$150	\$180
BENEFICIOS ADICIONALES				
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
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 CONYUGE DENTRO DE LA RED PLUSMEDICAL (VIA REEMBOLSO)	100%	100%	100%	100%
PAPANICOLAU DE CONTROL UNA VEZ AL AÑO TITULAR Y/O CONYUGE LIBRE ELECCION AL 80% (VÍA REEMBOLSO)	\$ 35	\$ 40	\$45	\$50
ANTIGENO PROSTATICO LIBRE Y TOTAL UNA VEZ AL AÑO TITULAR Y/O CONYUGE DENTRO DE LA RED PLUSMEDICAL (VÍA REEMBOLSO)	100%	100%	100%	100%
ANTIGENO PROSTATICO LIBRE Y TOTAL UNA VEZ AL AÑO TITULAR Y/O CONYUGE LIBRE ELECCION AL 80% (VÍA REEMBOLSO)	\$ 35	\$ 40	\$45	\$50
COBERTURA DE MAMOGRAFIA DE CONTROL UNA VEZ AL AÑO TITULAR Y/O CONYUGE DENTRO DE LA RED PLUSMEDICAL (VÍA REEMBOLSO)	100%	100%	100%	100%
COBERTURA DE MAMOGRAFIA UNA VEZ AL AÑO TITULAR Y/O CONYUGE LIBRE ELECCION AL 80% (VÍA 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. (VÍA 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. (VÍA REEMBOLSO)	70%	70%	70%	70%

BENEFICIOS ADICIONALES				
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%	100%
EXÁMENES DE CONTROL : BIOMETRIA HEMATICA, EXAMEN ELEMENTAL DE ORINA Y COPROPARASITARIO UNA VEZ AL AÑO LIBRE ELECCION (VÍA REEMBOLSO)	\$1	\$1	\$1	\$1
PROTESIS NO DENTAL UNA VEZ AL AÑO PARA TITULAR Y DEPENDIENTES AL 100% (VÍA REEMBOLSO)	\$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 100%	\$1,250	\$2,000	\$3,500	\$5,000
MONTO ANUAL PARA PRE-EXISTENCIAS DECLARADAS SUPERADO EL PERIODO DE CARENCIA DE 12 MESES	\$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	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 CADA UNA	15 CONSULTAS ANUALES POR PERSONA HASTA \$50 CADA UNA	15 CONSULTAS ANUALES POR PERSONA HASTA \$50 CADA UNA	15 CONSULTAS ANUALES POR PERSONA HASTA \$50 CADA UNA
COBERTURA DE 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 (VÍA REEMBOLSO)	10 SESIONES AL AÑO POR PERSONA HASTA \$ 25 CADA UNA	10 SESIONES AL AÑO POR PERSONA HASTA \$ 25 CADA UNA	10 SESIONES AL AÑO POR PERSONA HASTA \$ 25 CADA UNA	10 SESIONES AL AÑO POR PERSONA HASTA \$ 25 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	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 CADA UNA	20 TERAPIAS AL AÑO POR PERSONA HASTA \$20 CADA UNA	20 TERAPIAS AL AÑO POR PERSONA HASTA \$20 CADA UNA	20 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%	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% (VÍA 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) (VÍA REEMBOLSO)	6 CONSULTAS AL AÑO POR PERSONA HASTA \$ 50 CADA UNA	6 CONSULTAS AL AÑO POR PERSONA HASTA \$ 50 CADA UNA	6 CONSULTAS AL AÑO POR PERSONA HASTA \$ 50 CADA UNA	6 CONSULTAS AL AÑO POR PERSONA HASTA \$ 50 CADA UNA
COBERTURA DE CONSULTAS PSICOLÓGICAS LIBRE ELECCIÓN (VÍA REEMBOLSO)	6 CONSULTAS AL AÑO POR PERSONA HASTA \$ 50 CADA UNA	6 CONSULTAS AL AÑO POR PERSONA HASTA \$ 50 CADA UNA	6 CONSULTAS AL AÑO POR PERSONA HASTA \$ 50 CADA UNA	6 CONSULTAS AL AÑO POR PERSONA HASTA \$ 50 CADA UNA
COBERTURA DE MEDIAS ELASTICAS EN CIRUGIAS	80%	80%	80%	80%
AYUDA AUDITIVA UNA VEZ AL AÑO SOLO TITULARES AL 100% (VÍA REEMBOLSO)	\$200	\$250	\$300	\$400

BENEFICIOS ADICIONALES				
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 (VÍA REEMBOLSO)	\$80	\$80	\$80	\$80
COBERTURA DE PLANTILLAS ORTOPEDICAS AL 80% PARA NIÑOS MENORES DE 15 AÑOS, UNA VEZ AL AÑO (VÍA REEMBOLSO)	\$50	\$50	\$50	\$50
COBERTURA DE EXTRACCION DE TERCEROS MOLARES AL SOLO PARA EL TITULAR AL 100% (VÍA REEMBOLSO)	\$80	\$80	\$80	\$80
COBERTURA DE VIH / SIDA PARA TITULAR Y/O CONYUGE AL 80% (aplica 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 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