

## TABLA DE COBERTURAS

NOMBRE DEL PLAN	<b>PLUS SILVER 60K</b>
TIPO DE PLAN	INDIVIDUAL
MODALIDAD	MIXTA
TIPO DE DEDUCIBLE	ANUAL POR PERSONA
VALOR DEL DEDUCIBLE	<b>90 - 150 - 250</b>
LIMITE MAXIMO DE COBERTURA	\$ 60.000 ANUAL POR PERSONA
COBERTURA	ECUADOR
NOMBRE DEL TARIFARIO APLICABLE	MC GRAW-HILL

### FINANCIAMIENTO / COBERTURAS / PRESTACIONES SANITARIAS

PRESTACIONES SANITARIAS	RED CERRADA			RED ABIERTA		
	COPAGO	SUB-LIMITES / TOPES / MAXIMO DE COBERTURA	CARENCIA	COPAGO	SUB-LIMITES / TOPES / MAXIMO DE COBERTURA	CARENCIA

### COBERTURA AMBULATORIA

CONSULTAS MEDICAS GENERAL, ESPECIALIDADES Y SUBESPECIALIDADES	10%	DESDE \$ 3 HASTA \$ 60	30 DIAS	20%	HASTA \$60	30 DIAS
EXAMENES DE LABORATORIO CLINICO, DE IMAGEN	20%	(MENOR O IGUAL A 20% SBU) HASTA \$60.000	30 DIAS	30%	HASTA \$60.000	30 DIAS
EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DE ALTA COMPLEJIDAD	20%	(MAYOR A 20% SBU) HASTA \$60.000	30 DIAS	30%	HASTA \$60.000	30 DIAS
MEDICAMENTOS (VADEMECUM) DE MARCA Y GENERICOS HASTA	20%	HASTA \$60.000	30 DIAS	30%	HASTA \$60.000	30 DIAS
8 CONSULTAS ANUALES POR PERSONA DE MEDICINA ALTERNATIVA: HOMEOPATICA, ANCESTRAL, ACUPUNTURA, TERAPIA NEURAL, MEDICINA NATURAL Y BIOENERGETICA	10%	8 CONSULTAS ANUALES POR PERSONA HASTA \$50 CADA UNA	30 DIAS	20%	8 CONSULTAS ANUALES POR PERSONA HASTA \$50 CADA UNA	30 DIAS
10 CONSULTAS AL AÑO POR PERSONA CON MEDICOS FISIATRAS, REHABILITADORES, MEDICOS DE MEDICINA ALTERNATIVA, QUIROPRACTICOS, AUDIOLOGOS, CON TITULO RECONOCIDO EN LA SENECYT	10%	10 SESIONES AL AÑO POR PERSONA HASTA \$50 CADA UNA	30 DIAS	20%	10 SESIONES AL AÑO POR PERSONA HASTA \$ 50 CADA UNA	30 DIAS
35 SESIONES AL AÑO POR INCAPACIDAD TERAPIAS DE REHABILITACION FISICAS, TERAPIAS RESPIRATORIAS, DE LENGUAJE Y CARDIACAS	20%	35 SESIONES AL AÑO POR INCAPACIDAD POR PERSONA HASTA \$25 CADA UNA	30 DIAS	30%	35 SESIONES AL AÑO POR INCAPACIDAD POR PERSONA HASTA \$25 CADA UNA	30 DIAS
MEDICO A DOMICILIO CON EMPRESA CONTRATADA	\$10	HASTA \$60.000	30 DIAS	N/A	N/A	N/A

HOSPITAL DEL DIA (INSUMOS MEDICOS Y QUIRURGICOS)	10%	HASTA \$60.000	90 DIAS	20%	HASTA \$60.000	90 DIAS
COBERTURA DE VITAMINAS NECESARIAS SEGUN EVIDENCIA CIENTIFICA	20%	HASTA \$120	30 DIAS	30%	HASTA \$120	30 DIAS
CUIDADOS PALIATIVOS (ENFERMEDADES EN FASE TERMINAL)	10%	MONTO ANUAL POR PERSONA HASTA \$3.500	30 DIAS	20%	MONTO ANUAL POR PERSONA HASTA \$3.500	30 DIAS
COBERTURA DE DIALISIS (HEMODIALISIS) Y DIALISIS PERITONEAL	10%	HASTA \$30.000	90 DIAS	20%	HASTA \$30.000	90 DIAS
<b>COBERTURA HOSPITALARIA</b>						
CUARTO Y ALIMENTO DIARIO	10%	HASTA \$190	90 DIAS	20%	HASTA \$190	90 DIAS
HONORARIOS QUIRURGICOS: ANESTESIOLOGO 35% Y AYUDANTE 30% DEL VALOR DEL CIRUJANO	10%	HASTA \$60.000	90 DIAS	20%	HASTA \$60.000	90 DIAS
COBERTURA HOSPITALARIA (INCLUYE MEDICINAS, INSUMOS MEDICOS, QUIRURGICOS Y AYUDAS TECNICAS)	10%	HASTA \$60.000	90 DIAS	20%	HASTA \$60.000	90 DIAS
URGENCIA Y EMERGENCIA MEDICA	10%	HASTA \$20.000	24 HORAS	20%	HASTA \$20.000	24 HORAS
TERAPIA INTENSIVA	10%	HASTA \$60.000	90 DIAS	20%	HASTA \$60.000	90 DIAS
<b>COBERTURA PRE - HOSPITALARIA</b>						
AMBULANCIA TERRESTRE, AEREA Y FLUVIAL	0%	HASTA \$600 ANUAL POR NUCLEO FAMILIAR	24 HRS EMERG 30 DIAS AMB. 90 DIAS HOSP.	N/A	N/A	N/A
<b>MATERNIDAD PARA TITULAR Y/O DEPENDIENTES</b>						
CONTROLES PRENATALES, PARTO NORMAL, ABORTO NO PUNIBLE, CESAREA Y COMPLICACION DE MATERNIDAD	10%	HASTA \$3.000	60 DIAS	20%	HASTA \$3.000	60 DIAS
COMPLICACIONES DEL PARTO Y DEL RECIÉN NACIDO (INCLUYE PARTO NORMAL, CESAREA O ABORTO NO PROVOCADO), SIEMPRE Y CUANDO EL PARTO ESTE CUBIERTO	10%	HASTA \$1.500	60 DIAS	20%	HASTA \$1.500	60 DIAS
<b>COBERTURA DEL RECIEN NACIDO</b>						
CUIDADO DEL NEONATO SIN COMPLICACIONES EN PERIODO DE MATERNIDAD CUBIERTA, ATENCION PERINATAL HASTA EL DIA 7 DE SU NACIMIENTO	20%	HASTA \$600	0 DIAS	10%	HASTA \$600	0 DIAS

CUIDADO DEL NEONATO CON COMPLICACIONES EN PERIODO DE MATERNIDAD CUBIERTA A TERMINO, PRETERMINO Y POSTERMINO, ATENCION PERINATAL HASTA EL DIA 24 DE SU NACIMIENTO	20%	HASTA \$700	0 DIAS	10%	HASTA \$700	0 DIAS
CUIDADO DEL NEONATO CON INCLUSION INTRAUTERINA ENTRE LA SEMANA 20 Y 32 CON MATERNIDAD CUBIERTA	20%	HASTA \$60.000	60 DIAS	10%	HASTA \$60.000	60 DIAS
<b>PROHIBICION A LAS EXCLUSIONES</b>						
NO SE PUEDE EXCLUIR INDIVIDUAL O COLECTIVAMENTE LA COBERTURA DE ATENCIONES POR CONDICIONES LABORABLES O PROFESIONALES, SIN EMBARGO, SE PUEDE AJUSTAR LAS PRIMAS Y/O CUOTAS DE ACUERDO CON EL RIEGO	20%	HASTA \$60.000	90 DIAS	N/A	N/A	N/A
RESPECTO AL CONSUMO DE ALCOHOL, DROGAS Y ESTUPEFACIENTES, LAS UNICAS EXCLUSIONES PERMITIDAS SON LAS ENFERMEDADES, LESIONES, SECUELAS Y COMPLICACIONES PRODUCTO DE ACTOS TIPIFICADOS COMO FALTAS A LA LEY, INFRACCIONES CONTRAVENCIONES Y/O DELITOS	20%	HASTA \$60.000	90 DIAS	N/A	N/A	N/A
NO SE PODRA EXCLUIR LA COBERTURA PARA ATENCION DE EMERGENCIAS PARA CONDICIONES QUE SEAN CONSECUENCIAS DE INTENTO DE SUICIDIO, PRODUCTO DE ENFERMEDAD MENTAL DE BASE ORGANICA	20%	HASTA \$60.000	90 DIAS	N/A	N/A	N/A
<b>OTRAS COBERTURAS INCLUIDAS</b>						
12 CONSULTAS PSICOLOGICAS AL AÑO POR PERSONA	10%	12 CONSULTAS AL AÑO POR PERSONA HASTA \$60 CADA UNA	30 DIAS	20%	12 CONSULTAS AL AÑO POR PERSONA HASTA \$ 60 CADA UNA	30 DIAS
6 CONSULTAS PSIQUIATRICAS AL AÑO POR ENFERMEDADES CON BASE ORGANICA	10%	6 CONSULTAS AL AÑO POR PERSONA HASTA \$60 CADA UNA	30 DIAS	20%	6 CONSULTAS AL AÑO POR PERSONA HASTA \$60 CADA UNA	30 DIAS
LIGADURA O VASECTOMIA	20%	HASTA \$500	30 DIAS	N/A	N/A	N/A
ANTICONCEPTIVOS TEMPORALES HASTA 3 MESES POR AÑO	20%	HASTA \$40	30 DIAS	N/A	N/A	N/A

LECHE MEDICADA POR PRESCRIPCION MEDICA	20%	HASTA \$120 ANUALES	30 DIAS	N/A	N/A	N/A
COBERTURA DE CUALQUIER EQUIPO O DISPOSITIVO MEDICO PARA MONITOREO E INFUSION DE MEDICAMENTOS, LOS SUMINISTROS NECESARIOS PARA SU UTILIZACION O FUNCIONAMIENTO	0%	HASTA \$50	30 DIAS	0%	HASTA \$50	30 DIAS
CAMA ACOMPAÑANTE PARA NIÑOS MENORES DE 16 AÑOS Y ADULTOS MAYORES DE 75 AÑOS HASTA EL ALTA DEL PACIENTE	10%	HASTA \$60	90 DIAS	20%	HASTA \$60	90 DIAS
COBERTURA DE TRATAMIENTOS DENTALES CUANDO ESTOS SEAN CAUSADOS POR ACCIDENTES HASTA EL MONTO Y LAS CONDICIONES CONTRATADAS	20%	HASTA \$150	30 DIAS	30%	HASTA \$150	30 DIAS
COBERTURA PRUEBAS DE SENSIBILIDAD Y TRATAMIENTOS INMUNOLOGICOS EN GENERAL SIEMPRE Y CUANDO HAYAN SIDO PRESCRITAS POR UN PROFESIONAL CALIFICADO EN BASE A PROTOCOLOS NACIONALES O A LA FALTA DE ELLOS, A LA BUENA PRACTICA DE LA MEDICINA BASADA EN EVIDENCIA O A LOS PROTOCOLOS INTERNACIONALES	30%	HASTA \$300	30 DIAS	40%	HASTA \$300	30 DIAS
COBERTURA DE CIRUGIA PLASTICA RECONSTRUCTIVA O CORRECTIVA	30%	HASTA \$500	90 DIAS	40%	HASTA \$500	90 DIAS
COBERTURA DE TRASTORNOS EN EL DESARROLLO PSICOMOTOR CUANDO ESTE SE DEBA O SE PRESENTE COMO CONSECUENCIA DE UNA PATOLOGIA	30%	HASTA \$250	30 DIAS	40%	HASTA \$250	30 DIAS
COBERTURA DE TRATAMIENTOS DE ULCERAS DE PRESION Y SUS COMPLICACIONES	30%	HASTA \$250	30 DIAS	40%	HASTA \$250	30 DIAS
COBERTURA DE ENDO-PROTESIS EN LOS CASOS QUE ESTAS SEAN DE TEJIDOS DE ORIGEN ANIMAL SIEMPRE Y CUANDO CUMPLAN CON LAS APROBACIONES REQUERIDAS POR LA AUTORIDAD SANITARIA NACIONAL	30%	HASTA \$150	30 DIAS	50%	HASTA \$150	30 DIAS
COBERTURA DE TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL	30%	HASTA \$15.000	30 DIAS	50%	HASTA \$15.000	30 DIAS

COBERTURA DE ATENCION NECESARIA PARA CUBRIR CONDICIONES DE SALUD QUE SEAN CONSECUENCIA DE ACCIONES Y/O ENFERMEDADES POR USO DE DROGAS ESTUPEFACIENTES, EMBRIAGUEZ, ALCOHOLISMO Y LESIONES DEBIDO A TRASTORNOS DE SALUD MENTAL, ESTADOS DE DEMENCIA INCLUSO A RESULTANTES POR INTENTO DE SUICIDIO	30%	HASTA \$200	90 DIAS	50%	HASTA \$200	90 DIAS
COBERTURA DE ATENCION INTEGRAL A PERSONAS CON PROBLEMAS DE MALNUTRICION SIEMPRE Y CUANDO HAYA DIAGNOSTICADO MEDICO DEFINITIVO Y ELECCION DE TRATAMIENTO DE ACUERDO A LOS PROTOCOLOS NACIONALES, O A LA FALTA DE ELLOS A LA BUENA PRACTICA DE LA MEDICINA BASADA EN EVIDENCIA O A LOS PROTOCOLOS INTERNACIONALES	30%	HASTA \$100	30 DIAS	30%	HASTA \$100	30 DIAS
COBERTURA DE GASTOS DE SALUD INCURRIDOS POR EL USUARIO PARA EL DIAGNOSTICO DIFERENCIAL O DEFINITIVO SIEMPRE Y CUANDO ESTOS ESTEN DE ACUERDO A LAS GUIAS DE PRACTICA CLINICA PROTOCOLOS NACIONALES O INTERNACIONALES	30%	HASTA \$500	30 DIAS	30%	HASTA \$500	30 DIAS
<b>COBERTURAS OBLIGATORIAS</b>						
ENFERMEDADES CRONICAS Y CATASTROFICAS	20%	HASTA \$60.000	30 DIAS	30%	HASTA \$60.000	30 DIAS
URGENCIA Y EMERGENCIA MEDICA	20%	HASTA \$60.000	24 HORAS	30%	HASTA \$60.000	24 HORAS
TARIFA CERO, ACORDE A LO ESTABLECIDO EN LA TABLA DE TARIFA CERO POR GENERO Y GRUPO ETAREO	30%	HASTA \$60.000	30 DIAS	N/A	N/A	N/A
OTRAS QUE DETERMINE LA AUTORIDAD SANITARIA	20%	HASTA \$60.000	30 DIAS	N/A	N/A	N/A
<b>COBERTURAS BAJO CONDICIONES ESPECIALES</b>						
URGENCIA Y EMERGENCIA MEDICA Por accidente o enfermedad, en caso de exclusiones, preexistencias y hospitalizaciones en periodos de carencia hospitalaria (Aplica deducible)	20%	HASTA \$200	24 HORAS	20%	HASTA \$200	24 HORAS

URGENCIA Y EMERGENCIA MEDICA Por accidente o enfermedad, cuando el servicio se encuentre suspendido por mora (Aplica deducible)	20%	HASTA \$200	24 HORAS	20%	HASTA \$200	24 HORAS
<b>PREEXISTENCIAS</b>						
MONTO ANUAL PARA PREEXISTENCIAS DECLARADAS DESDE EL MES 13 AL 24	20%	HASTA \$400	12 MESES	N/A	N/A	N/A
MONTO ANUAL PARA PREEXISTENCIAS DECLARADAS DESDE EL MES 25	20%	20 SALARIOS MINIMOS VITALES	24 MESES	N/A	N/A	N/A
<b>DISCAPACIDAD</b>						
ATENCION HOSPITALARIA, AMBULATORIA, HOSPITAL DEL DIA EN PREEXISTENCIAS ASOCIADAS A LA DISCAPACIDAD	20%	20 SALARIOS MINIMOS VITALES	3 MESES	N/A	N/A	N/A
<b>OTRAS COBERTURAS</b>						
TRASPLANTE DE ORGANOS	20%	HASTA \$30.000	30 DIAS	30%	HASTA \$30.000	30 DIAS
GASTOS MEDICOS AL DONANTE VIVO	20%	HASTA \$2.500	30 DIAS	30%	HASTA \$2.500	30 DIAS
ENFERMEDADES ONCOLOGICAS	20%	HASTA \$60.000	30 DIAS	30%	HASTA \$60.000	30 DIAS
<b>COBERTURAS ADICIONALES</b>						
CONSULTAS PREVENTIVAS DE CONTROL GENERAL DE SALUD (UNA VEZ AL AÑO ACORDE AL CUADRO APROBADO POR EL MINISTERIO DE SALUD)	0%	HASTA \$60	30 DIAS	10%	HASTA \$60	30 DIAS
CHEQUEOS PREVENTIVOS (EMPAQUETADOS POR EDAD EDAD Y GENERO) ACORDE AL PLAN ELEGIDO	0%	HASTA \$300	180 DIAS	N/A	N/A	N/A
EXAMENES MEDICOS DE CONTROL O PREVENCION SECUNDARIA PARA ENFERMEDADES CRONICAS PREVIAMENTE DIAGNOSTICADAS (NO APLICA PARA CUADROS AGUDOS NI PARA PREEXISTENCIAS DECLARADAS O NO)	20%	2 VECES AL AÑO CON UN MONTO DE \$200	30 DIAS	30%	2 VECES AL AÑO CON UN MONTO DE \$200	30 DIAS
CONTROL DE NIÑO SANO	10%	HASTA \$60	30 DIAS	30%	HASTA \$60	30 DIAS
VACUNAS RELACIONADAS CON CONTROL NIÑO SANO	10%	HASTA \$140	30 DIAS	30%	HASTA \$140	30 DIAS
MEDIAS ELASTICAS EN CIRUGIAS	10%	HASTA \$60	30 DIAS	30%	HASTA \$60	30 DIAS
ADQUISICION Y/O ALQUILER DE APARATOS ORTOPEDICOS	0%	HASTA \$90	30 DIAS	0%	HASTA \$90	30 DIAS
PROTESIS NO DENTAL, MATERIAL DE OSTEOSINTESIS, SUTURAS PERMANENTES UNA VEZ AL AÑO	20%	HASTA \$700	30 DIAS	30%	HASTA \$700	30 DIAS

TERAPIAS DEL DOLOR (CON PROFESIONALES ESPECIALIZADOS EN LA RAMA)	10%	MONTO ANUAL POR PERSONA HASTA \$600	30 DIAS	30%	MONTO ANUAL POR PERSONA HASTA \$600	30 DIAS
CONSULTAS DE NUTRICIÓN	10%	HASTA \$60	30 DIAS	20%	HASTA \$60	30 DIAS
COBERTURA DE EMERGENCIA POR ACCIDENTE SIN DEDUCIBLE NI COPAGO CON CRÉDITO, SUPERADO EL MONTO SE CUBRE COMO HOSPITALARIO	0%	HASTA \$1.000	90 DIAS	N/A	N/A	N/A
<b>ASISTENCIAS</b>						
PLAN ODONTOLOGIA SILVER	SI APLICA	SI APLICA	SI APLICA	N/A	N/A	N/A
PLAN EXEQUIAL SILVER	SI APLICA	SI APLICA	SI APLICA	N/A	N/A	N/A
PLAN MASCOTAS SILVER	SI APLICA	SI APLICA	SI APLICA	N/A	N/A	N/A
PLAN VIAJES SILVER	SI APLICA	SI APLICA	SI APLICA	N/A	N/A	N/A