

TABLA DE COBERTURAS						
NOMBRE DEL PLAN	PLUS SILVER 60,000					
TIPO DE PLAN	INDIVIDUAL					
MODALIDAD	MIXTA					
TIPO DE DEDUCIBLE	ANUAL POR PERSONA					
VALOR DEL DEDUCIBLE	90 -150 - 250					
LIMITE MAXIMO DE COBERTURA	\$ 60,000 ANUAL POR PERSONA					
COBERTURA	ECUADOR					
NOMBRE DEL TARIFARIO APLICABLE	MC GRAW-HILL Valor de punto \$51,24					
AMBIENTO / COBERTURAS / PRESTACIONES SANITARIAS	RED CERRADA		RED ABIERTA			
PRESTACIONES SANITARIAS	COPAGO	SUB-LIMITES / TOPE / MAXIMO DE COBERTURA	CARENCIA	COPAGO	SUB-LIMITES / TOPE / MAXIMO DE COBERTURA	CARENCIA
CONSULTAS MEDICAS	10%	DESDE \$ 3 HASTA \$ 60	30 DIAS	20%	Hasta \$60	30 DIAS
EXAMENES DE LABORATORIO CLINICO, DE IMAGEN	20%	\$ 60.000	30 DIAS	30%	\$ 60.000	30 DIAS
EXAMENES DE COMPLEJIDAD	20%	60000	30 DIAS	30%	\$ 60.000	30 DIAS
MEDICAMENTOS (VADEMECUM) HASTA	20%	\$ 60.000	30 DIAS	30%	\$ 60.000	30 DIAS
CONSULTAS 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
CONSULTAS 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
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 tope de cobertura	30 DIAS	N/A	N/A	N/A
HOSPITAL DEL DIA	10%	\$ 60.000	90 DIAS	20%	\$ 60.000	90 DIAS
COBERTURA DE VITAMINAS NECESARIAS SEGUN EVIDENCIA CIENTIFICA	20%	\$ 120	30 DIAS	30%	\$ 120	30 DIAS
COBERTURA HOSPITALARIA						
CUARTO Y ALIMENTO DIARIO	10%	\$ 190	90 DIAS	20%	\$ 190	90 DIAS
HONORARIOS QUIRURGICOS: ANESTESIOLOGO 35% Y AYUDANTE 30% DEL VALOR DEL CIRUJANO	10%	\$ 60.000	90 DIAS	20%	\$ 60.000	90 DIAS
COBERTURA HOSPITALARIA	10%	\$ 60.000	90 DIAS	20%	\$ 60.000	90 DIAS

TERAPIA INTENSIVA	10%	\$ 60.000	90 DIAS	20%	\$ 60.000	90 DIAS
COBERTURA DE DIALISIS (HEMODIALISIS) Y DIALISIS PERITONEAL	10%	\$ 30.000	90 DIAS	20%	\$ 30.000	90 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 PRE - HOSPITALARIA						
AMBULANCIA TERRESTRE	0%	Hasta \$ 600 anual por núcleo familiar	24 HRS EMERG 30 DIAS AMB. 90 DIAS HOSP.	N/A	N/A	N/A
MATERNIDAD PARA TITULAR Y/O CONYUGE						
CONTROLES PRENATALES, PARTO NORMAL, ABORTO NO PUNIBLE, CESAREA Y COMPLICACION DE MATERNIDAD	10%	\$ 3.000	60 DIAS	20%	\$ 3.000	60 DIAS
COMPLICACIONES DEL PARTO Y DEL RECIÉN NACIDO (incluye parto normal, cesárea o aborto no provocado), siempre y cuando el parto esté cubierto	10%	\$ 1.500	60 DIAS	20%	\$ 1.500	60 DIAS
COBERTURA DEL RECIEN NACIDO						
CUIDADO DEL NEONATO sin complicaciones en período de maternidad cubierta , atención perinatal hasta el día 7 de su nacimiento	20%	\$ 600	0 DIAS	10%	\$ 600	0 DIAS
CUIDADO DEL NEONATO con complicaciones en período de maternidad cubierta a término, pretérmino y postérmino, atención perinatal hasta el día 14 de su nacimiento	20%	\$ 700	0 DIAS	10%	\$ 700	0 DIAS
CUIDADO DEL NEONATO con Inclusión intrauterina entre la semana 20 y 32 con maternidad cubierta	20%	\$ 60.000	90 DIAS	10%	\$ 60.000	90 DIAS
PROHIBICIONES A LAS EXCLUSIONES						
CONSULTAS PSICOLOGICAS	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
CONSULTAS PSIQUIATRICAS	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
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
LIGADURA O VASECTOMIA	20%	\$ 500	30 DIAS	N/A	N/A	N/A
ANTICONCEPTIVOS TEMPORALES HASTA 3 MESES POR AÑO	20%	\$ 40	30 DIAS	N/A	N/A	N/A
LECHE MEDICADA POR PRESCRIPCION MEDICA	20%	\$ 60 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%	\$ 50	30 DIAS	0%	\$ 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%	\$ 150	30 DIAS	30%	\$ 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%	\$ 300	30 DIAS	40%	\$ 300	30 DIAS
COBERTURA DE CIRUGIA PLASTICA RECONSTRUCTIVA O CORRECTIVA	30%	\$ 500	90 DIAS	40%	\$ 500	90 DIAS
COBERTURA DE TRASTORNOS EN EL DESARROLLO PSICOMOTOR CUANDO ESTE SE DEBA O SE PRESENTE COMO CONSECUENCIA DE UNA PATOLOGIA	30%	\$ 250	30 DIAS	40%	\$ 250	30 DIAS
COBERTURA DE TRATAMIENTOS DE ULCERAS DE PRESION Y SUS COMPLICACIONES	30%	\$ 250	30 DIAS	40%	\$ 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%	\$ 150	30 DIAS	50%	\$ 150	30 DIAS
COBERTURA DE TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL	30%	\$ 2.500	30 DIAS	50%	\$ 2.500	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%	\$ 200	90 DIAS	50%	\$ 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%	\$ 100	30 DIAS	30%	\$ 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%	\$ 500	30 DIAS	30%	\$ 500	30 DIAS
COBERTURAS OBLIGATORIAS						

ENFERMEDADES CRONICAS Y CATASTROFICAS	20%	\$ 60.000	30 DIAS	30%	\$ 60.000	30 DIAS
URGENCIA Y EMERGENCIA MEDICA	20%	\$ 60.000	24 HORAS	30%	\$ 60.000	24 HORAS
TARIFA CERO, acorde a lo establecido en la tabla de tarifa cero por género y grupo etáreo	30%	\$ 60.000	30 DIAS	N/A	N/A	N/A
OTRAS QUE DETERMINE LA AUTORIDAD SANITARIA	20%	\$ 60.000	30 DIAS	N/A	N/A	N/A
PREEXISTENCIAS						
MONTO ANUAL PARA PRE-EXISTENCIAS DECLARADAS desde mes 13 al 24	20%	\$ 400	12 MESES	N/A	N/A	N/A
MONTO ANUAL PARA PRE-EXISTENCIAS DECLARADAS desde el mes 25	20%	20 SALARIOS MINIMOS VITALES	24 MESES	N/A	N/A	N/A
DISCAPACIDAD						
DISCAPACIDAD	20%	20 SALARIOS MINIMOS VITALES	3 MESES	N/A	N/A	N/A
OTRAS COBERTURAS						
TRASPLANTE DE ORGANOS	20%	\$ 30.000	30 DIAS	30%	\$ 30.000	30 DIAS
GASTOS MEDICOS AL DONANTE VIVO	20%	\$ 2.500	30 DIAS	30%	\$ 2.500	30 DIAS
ENFERMEDADES ONCOLOGICAS	20%	\$ 60.000	30 DIAS	30%	\$ 60.000	30 DIAS
COBERTURAS ADICIONALES						
CONSULTAS PREVENTIVAS DE CONTROL GENERAL DE SALUD (UNA VEZ AL AÑO ACORDE AL CUADRO APROBADO POR EL MINISTERIO DE SALUD	0%	\$ 60	30 DIAS	10%	\$ 60	30 DIAS
CHEQUEOS preventivos (Empaquetados por edad y género) Acorde al plan elegido	0%	Hasta \$300	180 DIAS	N/A	N/A	N/A
EXAMENES MEDICOS DE CONTROL O PREVENION 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%	\$ 60	30 DIAS	30%	\$60	30 DIAS
VACUNAS RELACIONADAS CON CONTROL NIÑO SANO	10%	\$ 140	30 DIAS	30%	\$140	30 DIAS
MEDIAS ELASTICAS EN CIRUGIAS	10%	\$ 60	30 DIAS	30%	\$ 60	30 DIAS
ADQUISICION Y/O ALQUILER DE APARATOS ORTOPEDICOS	0%	\$ 90	30 DIAS	0%	\$ 90	30 DIAS
PROTESIS NO DENTAL, MATERIAL DE OSTEOSINTESIS, SUTURAS PERMANENTES UNA VEZ AL AÑO	20%	\$ 700	30 DIAS	30%	\$ 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%	1000	90 DIAS	N/A	N/A	N/A
ASISTENCIAS						
PLAN ODONTOLOGÍA SILVER	SI APLICA	SI APLICA	SI APLICA	N/A	N/A	N/A
SEGURO DE VIDA	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

Lugar y fecha

Propuesto Afiliado

PlusMedical Services S.A

www.plusmedical.com.ec