

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 DESDE USD 3.00)	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 11va. DEL CONTRATO AL 80% HASTA EL LIMITE MAXIMO DE COBERTURA	100%	100%	100%	100%
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 CON CRÉDITO DE MEDICAMENTOS EN LA RED PLUS MEDICAL (VADEMECUM) HASTA EL LIMITE MAXIMO DE COBERTURA	80%	80%	80%	80%
COBERTURA DE MEDICAMENTOS LIBRE ELECCIÓN (VIA REEMBOLSO)	60%	65%	70%	70%
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
COBERTURA HOSPITALARIA Y TERAPIA INTENSIVA DENTRO DE LA RED PLUS MEDICAL HASTA EL LIMITE MAXIMO DE COBERTURA (Ver Anexo Red de Prestadores)	80%	80%	80%	80%
COBERTURA HOSPITALARIA Y TERAPIA INTENSIVA LIBRE ELECCION HASTA EL LIMITE MAXIMO DE COBERTURA (VIA REEMBOLSO)	70%	70%	70%	70%
DEDUCIBLE				
DEDUCIBLE POR AFILIADO (AÑO CONTRATO)	\$110	\$120	\$150	\$180
BENEFICIOS				
MEDICO A DOMICILIO CON LA EMPRESA CONTRATADA(CRÉDITO CON FEE ADMINISTRATIVO)	\$10	\$10	\$10	\$10
CAMA ACOMPAÑANTE PARA NIÑOS MENORES DE 16 AÑOS Y ADULTOS MAYORES DE 75 AÑOS HASTA EL ALTA DEL PACIENTE MAXIMO 120 DIAS HASTA UN MONTO DIARIO DE	\$60	\$60	\$60	\$60
URGENCIA Y EMERGENCIA POR ACCIDENTE AL 100%	\$500	\$800	\$1.000	\$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) AL 100%	\$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 CARENCIA 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 CARENCIA 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 CARENCIA 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 (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				
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 CORPROPARASITARIO UNA VEZ AL AÑO LIBRE ELECCION (VÍA REEMBOLSO)	70%	70%	70%	70%
PROTESIS NO DENTAL UNA VEZ AL AÑO PARA TITULAR Y DEPENDIENTES AL 100% VÍA REEMBOLSO (APLICA PERIODO DE CARENCIA 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 CARENCIA DE 90 DIAS AL 80%	\$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 AL 80%	15 CONSULTAS ANUALES POR PERSONA HASTA \$45 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, QUIROPRÁCTICOS, KINESIÓLOGOS, AUDIÓLOGOS, LABORATORISTAS, SIEMPRE Y CUANDO ESTEN HABILITADOS POR LOS RESPECTIVOS ORGANISMOS DE CONTROL (VÍA REEMBOLSO) AL 80%	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 EXAMENES MÉDICOS DE CONTROL O PREVENCIÓN SECUNDARIA PARA ENFERMEDADES CRÓNICAS PREVIAMENTE DIAGNOSTICADAS (NO APLICA PARA CUADROS AGUDOS) CON APLICACIÓN DE DEDUCIBLE AL 80%	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 POR INCAPACIDAD HASTA \$20 C/U	20 TERAPIAS AL AÑO POR PERSONA POR INCAPACIDAD HASTA \$20 C/U	20 TERAPIAS AL AÑO POR PERSONA POR INCAPACIDAD HASTA \$20 C/U	20 TERAPIAS AL AÑO POR PERSONA POR INCAPACIDAD HASTA \$20 C/U
CREDITO Y COBERTURA DE TERAPIAS DE REHABILITACION FISICAS, TERAPIAS RESPIRATORIAS POR AFILIADO DENTRO DE LA RED PLUS MEDICAL AL 100% (COPAGO \$2)	20 SESIONES AL AÑO POR INCAPACIDAD POR PERSONA	20 SESIONES AL AÑO POR INCAPACIDAD POR PERSONA	20 SESIONES AL AÑO POR INCAPACIDAD POR PERSONA	20 SESIONES AL AÑO POR INCAPACIDAD 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) AL 80%	6 CONSULTAS AL AÑO POR PERSONA HASTA \$ 45 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 (VÍA REEMBOLSO) AL 80%	6 CONSULTAS AL AÑO POR PERSONA HASTA \$ 45 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% (VÍA REEMBOLSO)	\$200	\$250	\$300	\$400
BENEFICIOS				
COBERTURA DE LIGADURA Y VASECTOMIA TITULAR Y/O CONYUGE AL 80%	\$500	\$500	\$700	\$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 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
ADQUISICION Y/O ALQUILER DE APARATOS ORTOPEDICOS AL 100%	\$70	\$80	\$100	\$100
COBERTURA DE EXTRACCION DE TERCEROS MOLARES AL SOLO PARA EL TITULAR AL 80% (VÍA REEMBOLSO)	\$ 80 POR MOLAR	\$ 80 POR MOLAR	\$ 80 POR MOLAR	\$ 80 POR MOLAR
COBERTURA DE VIH / SIDA PARA TITULAR Y/O CONYUGE AL 80%	\$12.500	\$20.000	\$35.000	\$50.000
EXIMER LASER LUEGO DE LAS 5.5 DIOPTRIAS AL 80%	\$ 600 POR CADA OJO	\$ 900 POR CADA OJO	\$ 1.100 POR CADA OJO	\$ 1.300 POR CADA OJO
BENEFICIO DENTAL	DONDE PMS INDIQUE	DONDE PMS INDIQUE	DONDE PMS INDIQUE	DONDE PMS INDIQUE
MATERNIDAD PARA TITULAR Y/O CONYUGE				
CONTROLES PRENATALES, PARTO NORMAL, ABORTO NO PUNIBLE, CESAREA Y COMPLICACIONES DE MATERNIDAD AL 100% (APLICA PERIODO DE CARENCIA DE 60 DIAS)	\$1.500	\$2.500	\$3.500	\$3.500
CONTROL DE NIÑO SANO AL 80%	\$45	\$50	\$55	\$60
VACUNAS RELACIONADAS CON CONTROL NIÑO SANO AL 80%	\$200	\$300	\$350	\$350
CUOTA NETA MENSUAL				
TITULAR SOLO	\$83,66	\$91,38	\$101,67	\$111,97
TITULAR + UNO	\$167,31	\$182,75	\$203,35	\$223,94
TITULAR MAS FAMILIA	\$250,97	\$274,13	\$299,52	\$335,91

* Cobertura hospitalaria dentro y fuera de la Red Plus Medical (aplica Tarifario Institucional Plusmedical B y C) dependiendo el plan contratado.

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