

PLAN MEGA EMPRESARIAL VITAL			
BENEFICIOS Y COBERTURAS	PLAN 1	PLAN 2	PLAN 3
LIMITE MAXIMO ANUAL POR PERSONA	\$10.000	\$20.000	\$30.000
<b>COBERTURA AMBULATORIA</b>			
CONSULTAS MÉDICAS CON CRÉDITO DENTRO DE LA RED PLUS MEDICAL (COPAGO DESDE USD 3.00)	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%
CONSULTAS MÉDICAS LIBRE ELECCIÓN VÍA REEMBOLSO	70%	75%	80%
EXÁMENES DE LABORATORIO CLINICO, DE IMAGEN, LIBRE ELECCION VIA REEMBOLSO HASTA EL LIMITE MAXIMO DE COBERTURA	70%	75%	80%
COBERTURA CON CREDITO DE MEDICAMENTOS EN LA RED PLUS MEDICAL (VADEMECUM) HASTA EL LIMITE MAXIMO DE COBERTURA	70%	80%	80%
COBERTURA DE MEDICAMENTOS LIBRE ELECCIÓN (VIA REEMBOLSO) HASTA EL LIMITE MAXIMO DE COBERTURA	60%	65%	70%
VALOR TOPE DE CONSULTA MÉDICA LIBRE ELECCIÓN	\$30	\$35	\$40
<b>COBERTURA HOSPITALARIA</b>			
CUARTO Y ALIMENTO DIARIO AL 100% (180 DIAS)	\$80	\$120	\$130
COBERTURA HOSPITALARIA Y TERAPIA INTENSIVA DENTRO DE LA RED PLUS MEDICAL HASTA EL LIMITE MAXIMO DE COBERTURA (Ver Anexo Red de Prestadores)	70%	80%	80%
HONORARIOS QUIRURGICOS: ANESTESIOLOGO 35% Y AYUDANTE 30% DEL VALOR DEL CIRUJANO	70%	80%	80%
COBERTURA HOSPITALARIA Y TERAPIA INTENSIVA LIBRE ELECCION (VIA REEMBOLSO) HASTA EL LIMITE MAXIMO DE COBERTURA	60%	70%	70%
HONORARIOS QUIRURGICOS: ANESTESIOLOGO 35% Y AYUDANTE 30% DEL VALOR DEL CIRUJANO (VIA REEMBOLSO)	60%	70%	70%
<b>DEDUCIBLE</b>			
DEDUCIBLE POR AFILIADO (AÑO CONTRATO)	\$70	\$80	\$100
<b>BENEFICIOS</b>			
MEDICO A DOMICILIO CON EMPRESA CONTRATADA (CON COPAGO)	\$15	\$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	\$40	\$50	\$60
URGENCIA Y EMERGENCIA POR ACCIDENTE AL 100%	\$500	\$800	\$900
AMBULANCIA TERRESTRE EN CASOS DE EMERGENCIAS MÉDICAS (VIA REEMBOLSO) AL 100%	\$150	\$150	\$200
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)	\$25	\$ 25	\$30
ANTIGENO PROSTATICO LIBRE Y TOTAL, UNA VEZ AL AÑO TITULAR Y/O CÓNYUGE VIA REEMBOLSO AL 100% (APLICA PERIODO DE CARENCIA DE 30 DIAS)	\$25	\$ 25	\$30
COBERTURA DE MAMOGRAFÍA UNA VEZ AL AÑO TITULAR Y/O CÓNYUGE VIA REEMBOLSO AL 100% (APLICA PERIODO DE CARENCIA DE 30 DIAS)	\$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) HASTA EL LIMITE MAXIMO DE COBERTURA	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) HASTA EL LIMITE MAXIMO DE COBERTURA	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) HASTA EL LIMITE MAXIMO DE COBERTURA	100%	100%	100%
EXÁMENES DE CONTROL: BIOMETRIA HEMATICA, EXAMEN ELEMENTAL DE ORINA Y CORPROPARASITARIO UNA VEZ AL AÑO LIBRE ELECCION (VÍA REEMBOLSO) HASTA EL LIMITE MAXIMO DE COBERTURA	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)	\$400	\$500	\$600
TRASPLANTE DE ORGANOS: HÍGADO, MÉDULA ÓSEA, RIÑÓN, CORNEA	\$5.000	\$10.000	\$15.000
GASTOS MEDICOS AL DONANTE VIVO	\$500	\$1.000	\$5.000
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 MINIMOS VITALES	20 SALARIOS MINIMOS VITALES	20 SALARIOS MINIMOS VITALES
CONSULTAS DE MEDICINA ALTERNATIVA, HOMEOPATICA, ACUPUNTURA, TERAPIA NEURAL, Y BIOENERGETICA(VIA REEMBOLSO SIEMPRE Y CUANDO SEAN PROFESIONALES ACREDITADOS POR ORGANISMOS COMPETENTES	12 CONSULTAS ANUALES POR PERSONA HASTA \$30 C/U	12 CONSULTAS ANUALES POR PERSONA HASTA \$30 C/U	12 CONSULTAS ANUALES POR PERSONA HASTA \$30 C/U
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)	10 SESIONES AL AÑO POR PERSONA HASTA \$20 C/U	10 SESIONES AL AÑO POR PERSONA HASTA \$ 20 C/U	10 SESIONES AL AÑO POR PERSONA HASTA \$ 20 C/U

EXAMENES MEDICOS 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
CONSULTAS PSIQUIÁTRICAS DE BASE ORGÁNICA LIBRE ELECCION (LISTADO DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA) (VÍA REEMBOLSO) AL 80%	6 CONSULTAS AL AÑO POR PERSONA HASTA \$30 C/U	6 CONSULTAS AL AÑO POR PERSONA HASTA \$35 C/U	6 CONSULTAS AL AÑO POR PERSONA HASTA \$40 C/U
CONSULTAS DE PSICOLÓGICAS LIBRE ELECCION (VÍA REEMBOLSO) AL 80%	6 CONSULTAS AL AÑO POR PERSONA HASTA \$30 C/U	6 CONSULTAS AL AÑO POR PERSONA HASTA \$35 C/U	6 CONSULTAS AL AÑO POR PERSONA HASTA \$40 C/U
CUIDADOS PALIATIVOS (ENFERMEDADES EN FASE TERMINAL) AL 80%	MONTO ANUAL POR PERSONA HASTA \$2.000	MONTO ANUAL POR PERSONA HASTA \$2.500	MONTO ANUAL POR PERSONA HASTA \$3.000
TERAPIAS DE REHABILITACION FISICAS, TERAPIAS RESPIRATORIAS POR AFILIADO (VIA REEMBOLSO)	12 TERAPIAS AL AÑO POR INCAPACIDAD POR PERSONA HASTA \$20 C/U	12 TERAPIAS AL AÑO POR INCAPACIDAD POR PERSONA HASTA \$20 C/U	12 TERAPIAS AL AÑO POR INCAPACIDAD POR PERSONA 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)	12 SESIONES AL AÑO POR INCAPACIDAD POR PERSONA	12 SESIONES AL AÑO POR INCAPACIDAD POR PERSONA	12 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 \$200	MONTO ANUAL POR PERSONA HASTA \$250	MONTO ANUAL POR PERSONA HASTA \$250
DIALISIS Y HEMODIALISIS	\$5.000	\$10.000	\$15.000
AYUDA AUDITIVA UNA VEZ AL AÑO SOLO TITULARES AL 100%	\$100	\$150	\$200
COBERTURA DE LIGADURA Y VASECTOMIA TITULAR Y/O CONYUGE AL 80%	\$200	\$250	\$300
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 POR CADA OJO	\$800 POR CADA OJO	\$1000 POR CADA OJO
ANTICONCEPTIVOS TEMPORALES POR AÑO AL 80%	\$45	\$50	\$60
LECHE MEDICADA POR PRESCRIPCIÓN MEDICA AL 80%	\$70 MENSUALES	\$80 MENSUALES	\$90 MENSUALES
MEDIAS ELÁSTICAS EN CIRUGÍAS AL 80%	\$40	\$50	\$60
ADQUISICIÓN Y/O ALQUILER DE APARATOS ORTOPÉDICOS AL 100%	\$60	\$70	\$70
PLANTILLAS ORTOPÉDICAS AL 80%	\$30	\$35	\$40
COBERTURA DE VITAMINAS NECESARIAS SEGUN EVIDENCIA CIENTIFICA AL 80%	\$80	\$90	\$100
<b>MATERNIDAD PARA TITULAR Y/O CONYUGE</b>			
CONTROLES PRENATALES, PARTO NORMAL, ABORTO NO PUNIBLE, CESÁREA Y COMPLICACION DE MATERNIDAD AL 100% (APLICA PERIODO DE CARENCIA DE 60 DIAS)	\$600	\$800	\$1.000
CUIDADO DEL NEONATO	\$10.000	\$20.000	\$30.000
CUIDADO DEL NEONATO EN PERIODO DE CARENCIA	\$5.000	\$10.000	\$15.000
CONTROL DE NIÑO SANO	\$30	\$35	\$40
VACUNAS RELACIONADAS CON CONTROL NIÑO SANO	\$90	\$120	\$150
<b>CUOTA NETA MENSUAL</b>			
	<b>PLAN 1</b>	<b>PLAN 2</b>	<b>PLAN 3</b>
TITULAR SOLO	\$42,55	\$63,36	\$80,52
TITULAR + UNO	\$83,59	\$124,82	\$161,04
TITULAR MAS FAMILIA	\$100,09	\$186,91	\$241,56

\* Cobertura hospitalaria dentro y fuera de la Red Plus Medical (aplica Tarifario Institucional Plusmedical A, B Y C) dependiendo del 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



