

TABLA DE BENEFICIOS



NOMBRE DEL PLAN	INDIVIDUAL \$ 30.000
TIPO DE PLAN	INDIVIDUAL
MODALIDAD	MIXTA
Ambito geografico de cobertura:	Ecuador
TIPO DE DEDUCIBLE	ANUAL POR PERSONA
VALOR DEL DEDUCIBLE (aplica dentro o fuera de la red via reembolso y créditos hospitalarios)	\$150
MONTO MAXIMO DE COBERTURA (POR INCAPACIDAD POR PERSONA)	\$30
TARIFARIO	MC GRAW HILL - 30% / RED2

PRESTACIONES SANITARIAS	RED CERRADA			RED ABIERTA		
	COPAGO	SUB-LIMITES/TOPEs MAXIMO DE	CARENCIA	COPAGO	SUB-LIMITES/TOPEs MÁXIMO DE	CARENCIA

COBERTURA AMBULATORIA

Consultas Medicina General, Consultas Medicina de Especialidad y Sub-Especialidades	\$20	\$30.000	30 días	20%	\$50 por consulta, hasta \$ 30.000	30 días
Consultas Medicina Alternativa validada por la autoridad sanitaria Nacional	N/A			20%	\$45 por consulta hasta \$ 400	30 días
Medicamentos Genéricos o de Marca (aplica vademécum)	10%	\$30.000	30 días	20%	\$30.000	30 días
Dispositivos y Suministros Médicos	10%	\$30.000	30 días	20%	\$30.000	30 días
Laboratorio Clínico e imagen	10%	\$30.000	30 días	20%	\$30.000	30 días
Terapia de Lenguaje, física, respiratorio, cardiaca y del dolor	\$10	\$1.000	30 días	N/A		
Consulta Médica a domicilio	\$10	\$30.000	30 días	N/A		
Consulta de emergencia (Triage 3)	\$10	\$30.000	30 días	N/A		

COBERTURA HOSPITALARIA

Hospitalización en Unidad de Cuidados intensivos	10%	\$30.000	90 días	20%	\$30.000	90 días
Cuarto y alimento diario	10%	\$180	90 días	20%	\$180	90 días
Cama y dieta general en el hospital/clínica para el acompañante cuando el paciente es recién nacido, menor a 16 años y adulto mayor a 75 años	10%	\$180	90 días	20%	\$180	90 días
Honorarios Médicos: Cirujano principal 100% , Anestesiólogo 35% , ayudante 30%	10%	\$30.000	90 días	20%	\$30.000	90 días
Laboratorio e imagen	10%	\$30.000	90 días	20%	\$30.000	90 días
Medicamentos Genéricos o de Marca (aplica vademécum)	10%	\$30.000	90 días	20%	\$30.000	90 días
Dispositivos y Suministros Médicos	10%	\$30.000	90 días	20%	\$30.000	90 días
Cobertura de Diálisis y Hemodiálisis	10%	\$5000	90 días	20%	\$5000	90 días
Cuidados paliativos hospitalarios o domiciliarios	10%	\$2.000	90 días	20%	\$2.000	90 días
Trasplante de órganos vitales, para donante y receptor, incluyendo lo determinado para trasplantes según la Ley vigente	10%	\$30.000	90 días	20%	\$30.000	90 días

PROHIBICIONES A LAS EXCLUSIONES

Enfermedades profesionales o laborales, aplicando copago y deducible.	10%	\$800	30 días ambulatorio y 90 días hospitalario	20%	\$800	30 días ambulatorio y 90 días hospitalario
---	-----	-------	--	-----	-------	--

COBERTURAS OBLIGATORIAS

Enfermedades crónicas, raras y catastróficas, y sobrevivientes a la contratación. Que consisten en: Alimentación entera, parental, y complementos alimenticios prescritos; y, tratamiento de patologías aplicables, de acuerdo a las guías de práctica clínica o en su ausencia, el uso de la medicina basada en evidencia o protocolos internacionales.	10%	\$30.000	30 días ambulatorio y 90 días hospitalario	20%	\$30.000	30 días ambulatorio y 90 días hospitalario
Emergencia hasta estabilización del paciente	10%	\$30.000	24 horas	20%	\$30.000	24 horas
Prestaciones de Tarifa 0	De acuerdo con lineamientos del MSP			N/A		
Otras que determine la autoridad sanitaria	De acuerdo con lineamientos del MSP			N/A		
<b>PREEXISTENCIAS</b>						
Cobertura por todas las enfermedades preexistentes y congénitas declaradas.	10%	20 SBU	12 meses	20%	20 SBU	12 meses
Enfermedades crónicas, raras y catastróficas, preexistentes declaradas. Que consisten en: Alimentación entera, parental, y complementos alimenticios prescritos; y, tratamiento de patologías aplicables, de acuerdo a las guías de práctica clínica o en su ausencia, el uso de la medicina basada en evidencia o protocolos internacionales.	10%	20 SBU	12 meses	20%	20SBU	12 meses
Enfermedades preexistentes declaradas a causa de una discapacidad, calificada por el organismo pertinente	10%	20 SBU	90 días	20%	20 SBU	90 días
<b>COBERTURA PREHOSPITALARIA</b>						
Ambulancia terrestre, aéreo, fluvial, legalmente autorizado, al que pueda acceder dentro o fuera del país. (Vigencia Contrato)	0%	\$200	30 días	0%	\$200	30 días
<b>OTROS BENEFICIOS</b>						
Zapatos y plantillas ortopédicos uno vez al año, vía reembolso (vigencia contrato)	10%	\$80	30 días	20%	\$80	30 días
Leche medicada para niños menores de 2 años siempre y cuando sea parte del tratamiento de una incapacidad, vía reembolso (vigencia contrato)	10%	\$100	30 días	20%	\$100	30 días
Examen Pap Test uno vez al año para titular, por control y resultado normal, vía reembolso (vigencia contrato)	10%	\$30	30 días	20%	\$30	30 días
Examen de mamografía una vez al año para titular, por control y resultado normal, vía reembolso (vigencia contrato)	10%	\$50	30 días	20%	\$50	30 días
Alquiler o compra de muletas y silla de ruedas, una vez al año, vía reembolso (vigencia contrato)	10%	\$250	30 días	20%	\$250	30 días
Excimer Laser a partir de las 5.5 dioptrías (vigencia contrato)	10%	\$1.000 por ojo	90 días	20%	\$1.000 por ojo	90 días
Prótesis o causa de una enfermedad o accidente, cubierto por este contrato	10%	\$30.000	30 días ambulatorio y 90 días hospitalario	20%	\$30.000	30 días ambulatorio y 90 días hospitalario
Atención oncológico integral	10%	\$30.000	30 días ambulatorio y 90 días hospitalario	20%	\$30.000	30 días ambulatorio y 90 días hospitalario
Vacunas Control Niño Sano (vía reembolso): -Menores de un año: BCG, HB, Rotavirus, IPV, bOPV, Pentavalente (DPT+HB+Hib), Neumococo conjugada -De 12 a 24 meses: Difteria, Tétanos, Tosferina, (DPT), bOPV, Sarampión, Rubeola, Parotiditis, SRP, Varicela (vigencia contrato)	10%	\$200	30 días	20%	\$200	30 días
Ligadura y vasectomía, para titular y cónyuge	10%	\$3.000	90 días	20%	\$3.000	90 días
Vitaminas y minerales siempre y cuando el diagnóstico lo justifique y sea pertinente, vía reembolso.	10%	\$150	90 días	20%	\$150	90 días
cirugia plastica reconstructiva y correctiva de acuerdo al plan contratado	10%	\$2000	90 días	20%	\$2000	90 días
Cobertura dental a consecuencia de un accidente, hasta el monto y las condiciones contratadas	10%	\$300	90 días	20%	\$300	90 días