



COBERTURAS	PLAN 5	PLAN 10	PLAN 15
Monto máximo por incapacidad	\$ 5,000.00	\$ 10,000.00	\$ 15,000.00
Modalidad	MIXTA	MIXTA	MIXTA
Deducible anual por persona	\$ 50.00	\$ 65.00	\$ 80.00
Periodo de enfermedad	365 días	365 días	365 días
TABLA DE HONORARIOS	McGraw Hill - Metropolitano	McGraw Hill - Metropolitano	McGraw Hill - Metropolitano
Atenciones hospitalarias libre elección y dentro de la red con aplicación de deducible.	80%	80%	80%
Cuarto y alimento diario al 100% sin límite de días, hasta	\$ 100.00	\$ 120.00	\$ 140.00
Terapia intensiva sin límite de días (servicio de hospital únicamente, no aplica para honorarios médicos).	80%	80%	80%
Cobertura de trasplante de órganos como cualquier incapacidad. NO SE CUBRE gastos por órganos, gastos del donante, transporte de órganos incluyendo impuestos o trámites legales, gastos de viajes por este motivo, hasta	\$ 2,500.00	\$ 5,000.00	\$ 7,500.00
EMERGENCIA por accidente al 100% sin deducible (incurrenca del gasto dentro de 48 horas del evento) hasta	\$ 150.00	\$ 200.00	\$ 300.00
Cama de acompañante al 100% hasta	\$ 40.00	\$ 50.00	\$ 50.00
Crédito Hospitalario dentro de la Red con aplicación de deducible.	80%	80%	80%
Reembolso Hospitalario a libre elección con aplicación de deducible.	80%	80%	80%
Consultas médicas de medicina general y especialidades, fee por cada consulta	Axxis \$15,00 - Veris \$13,00 - SIME \$12,00 - Todos los demás \$10,00	Axxis \$15,00 - Veris \$13,00 - SIME \$12,00 - Todos los demás \$10,00	Axxis \$15,00 - Veris \$13,00 - SIME \$12,00 - Todos los demás \$10,00

Exámenes de laboratorio, imagen y procedimientos ambulatorios dentro de Red Privilegio	80%	80%	80%
Medicamentos ambulatorios genéricos y de marca	80%	80%	80%
Reembolso ambulatorio a libre elección	80%	80%	80%
Monto máximo por consulta médica ambulatoria	\$ 30.00	\$ 40.00	\$ 40.00
Terapias (rehabilitación física, respiratoria y lenguaje) por año por usuario al 100% hasta \$15,00	10 sesiones	15 sesiones	20 sesiones
Consulta medicina alternativa, monto máximo hasta	\$ 30.00	\$ 40.00	\$ 40.00
Cobertura de medicina homeopática y/o bioenergética, como cualquier incapacidad siempre y cuando sea provista por médicos titulados registrados en la Federación Médica Ecuatoriana, tratamiento y medicina aprobada por la FDA. La medicina debe tener registro sanitario en el Ecuador, que su tratamiento sea bajo protocolo y sus componentes y principios activos sean exclusivos de tratamiento de la enfermedad. Nota: No se cubre en medicinas y/o productos alternativos cuyo tratamiento corresponda a preventivo, de inmunoestimulación o drenajes orgánicos generales. Toda medicina alternativa debe ser expedido por RUC abalizado para dicha actividad económica.	80%	80%	80%

Ambulancia terrestre sin aplicación de deducible al 100% dentro de la ciudad hasta	\$ 100.00	\$ 100.00	\$ 100.00
Ambulancia terrestre sin aplicación de deducible al 100% fuera de la ciudad hasta	\$ 200.00	\$ 200.00	\$ 200.00
Consultas de doctor a domicilio con prestador Dr. Home	Ilimitadas (aplica Copago de acuerdo al sector donde se realice la visita)	Ilimitadas (aplica Copago de acuerdo al sector donde se realice la visita)	Ilimitadas (aplica Copago de acuerdo al sector donde se realice la visita)
Pap Test y consulta médica una vez al año para titulares y dependientes cónyuges al 100% sin deducible, hasta	\$ 25.00	\$ 30.00	\$ 35.00
Examen de Mamografía una vez al año sólo para titulares y dependientes conyugales mayores de 40 años, al 100% sin aplicación de deducible, hasta	\$ 25.00	\$ 30.00	\$ 35.00
Examen de Antígeno Prostático y consulta médica una vez al año para titulares y dependientes cónyuges mayores de 40 años, al 100% sin deducible, hasta	\$ 25.00	\$ 30.00	\$ 35.00
Cobertura de enfermedades preexistentes y congénitas a partir de los 6 meses de vigencia	\$ 300.00	\$ 400.00	\$ 500.00
Cobertura de enfermedades preexistentes y congénitas a partir de los 13 meses de vigencia	\$ 800.00	\$ 1,100.00	\$ 1,300.00
Cobertura de enfermedades preexistentes y congénitas a partir de los 25 meses de vigencia, de acuerdo con Ley de Medicina Prepagada vigente	20 SBU	20 SBU	20 SBU

Parto normal, aborto no provocado o cesárea sin aplicación de deducible 100%	\$ 1,200.00	\$ 1,300.00	\$ 1,500.00
Financiamiento ambulatorio de acuerdo al monto total de maternidad (incluye controles prenatales)	80% hasta monto de maternidad	80% hasta monto de maternidad	80% hasta monto de maternidad
Atención integral o complicaciones del recién nacido a término, pretérmino o postérmino, atención perinatal, hasta	\$ 300.00	\$ 400.00	\$ 400.00
Consultas de Control de Niño Sano al 80%, hasta	\$ 25.00	\$ 35.00	\$ 40.00
Vacunas, de acuerdo al esquema del Ministerio de Salud Pública, al 80%, hasta	\$ 25.00	\$ 30.00	\$ 30.00
Cobertura según la Ley y Normativa vigente (20 Salarios Básicos Unificados, amparados con una acreditación del 40% de su condición y con período de carencia de 90 días contados desde la fecha de emisión).	80% hasta 20 SBU	80% hasta 20 SBU	80% hasta 20 SBU
Cobertura en el Exterior de acuerdo a aranceles medio Ecuatoriano / Ambulatorio y Hospitalario (vía reembolso)	80%	80%	80%
Cobertura de zapatos y plantillas ortopédicos justificados con diagnóstico médico al 100% SIN deducible, máximo 2 pares al año.	\$ 40.00	\$ 40.00	\$ 40.00
Cobertura de audífonos una vez al año sólo para titulares al 100% sin deducible. Beneficios no coordinables, hasta	\$ 100.00	\$ 100.00	\$ 100.00
Medias elásticas para titulares y dependientes cónyuges al 100% sin deducible al año, hasta	\$ 200.00	\$ 200.00	\$ 200.00

Prótesis no dentales u órtesis funcionales que restablecen la funcionalidad del órgano al 80% CON deducible, siempre y cuando el accidente o enfermedad ocurra dentro del contrato. No se cubren cambios ni reemplazos, hasta	\$ 2,500.00	\$ 5,000.00	\$ 7,500.00
Prótesis NO dentales que no establecen la funcionalidad del órgano (prótesis mamarias bilaterales, prótesis testicular, prótesis ocular) al 80% con deducible siempre y cuando el accidente o la enfermedad ocurran dentro del contrato. No se cubren cambios ni reemplazos, (siempre que no sean estéticas), hasta	\$ 2,500.00	\$ 5,000.00	\$ 7,500.00
Ortesis (férulas, cuellos ortopédicos, rodilleras, cabestrillos) 80% hasta	\$ 80.00	\$ 100.00	\$ 120.00
Alquiler de muletas y sillas de ruedas justificados bajo diagnóstico médico, al 100% hasta	\$ 80.00	\$ 80.00	\$ 80.00
Cobertura para cirugía de Desvío de Septum Nasal e hipertrofia de cornetes, incluyendo todo tratamiento de diagnóstico, quirúrgico y post quirúrgico incluyendo consultas posteriores de seguimiento. No se cubre cirugías electivas estéticas. La cobertura será de acuerdo al prestador de red en donde incurra y fuera de red de acuerdo a condición del contrato al 80% con aplicación de deducible hasta	\$ 1,100.00	\$ 1,300.00	\$ 1,500.00

Cobertura de vitaminas y alérgenos para titulares y dependientes; siempre y cuando sea parte del tratamiento de una incapacidad cubierta por este contrato, como cualquier incapacidad al 80% con aplicación de deducible, hasta	\$ 100.00	\$ 200.00	\$ 200.00
Período de presentación de reclamos	90 días	90 días	90 días
Período de acumulación de cuentas (mismo diagnóstico, que sea crónico y misma incapacidad de uso Continuo)	90 días	90 días	90 días
COSTO ASISTENCIA MÉDICA MENSUAL INCLUIDO IMPUESTOS			
56 a 65 años de edad	PLAN 5	PLAN 10	PLAN 15
Titular Solo	\$ 88.92	\$ 105.30	\$ 131.40
Titular + Uno	\$ 167.16	\$ 197.96	\$ 246.34
Titular + Familia	\$ 250.74	\$ 297.54	\$ 369.54