



COBERTURAS	PLAN 10	PLAN 20	PLAN 50
Monto máximo por incapacidad	USD 10.000,00	USD 20.000,00	USD 50.000,00
Modalidad	Mixta	Mixta	Mixta
Deducible anual por persona	USD 60,00	USD 80,00	USD 120,00
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	USD 100,00	USD 150,00	USD 200,00
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 cubren gastos por órganos, gastos del donante, transporte de órganos incluyendo impuestos o trámites legales, gastos de viajes por este motivo, hasta	USD 5.000,00	USD 10.000,00	USD 25.000,00
Emergencia por accidente al 100% sin deducible (incurriencia del gasto dentro de 48 horas del evento) hasta	USD 300,00	USD 500,00	USD 800,00
Cama de acompañante al 100% hasta	USD 40,00	USD 50,00	USD 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. Aplica fee por cada consulta	SIME USD 20,00 - Veris USD 18,00. Todos los demás USD 10,00	SIME USD 20,00 - Veris USD 18,00. Todos los demás USD 10,00	SIME USD 20,00 - Veris USD 18,00. Todos los demás USD 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	USD 40,00	USD 50,00	USD 60,00
Terapias (rehabilitación física, respiratoria y lenguaje) por diagnóstico por usuario al 100% hasta USD 15,00 c/u	10 sesiones	20 sesiones	30 sesiones
Consulta medicina alternativa, monto máximo hasta	USD 40,00	USD 50,00	USD 60,00
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	80%	80%	80%



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.			
Ambulancia terrestre sin aplicación de deducible al 100% dentro de la ciudad hasta	USD 100,00	USD 100,00	USD 100,00
Ambulancia terrestre sin aplicación de deducible al 100% fuera de la ciudad hasta	USD 200,00	USD 200,00	USD 200,00
Consultas de doctor a domicilio	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	USD 30,00	USD 40,00	USD 50,00
Examen de Mamografía una vez al año sólo para titulares y dependientes conyugales mayores de 40 años, al 100% sin aplicación de deducible, hasta	USD 30,00	USD 40,00	USD 50,00
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	USD 30,00	USD 40,00	USD 50,00
PREEXISTENCIAS DECLARADAS	PLAN 10	PLAN 20	PLAN 50
Cobertura de enfermedades preexistentes y congénitas declaradas a partir de los 13 meses de vigencia	USD 800,00	USD 1.100,00	USD 1.300,00
Cobertura de enfermedades preexistentes y congénitas declaradas a partir de los 25 meses de vigencia, de acuerdo a Ley de Medicina Prepagada vigente	20 Salarios Básicos Unificados	20 Salarios Básicos Unificados	20 Salarios Básicos Unificados
MATERNIDAD	PLAN 10	PLAN 20	PLAN 50
Parto normal, aborto no provocado o cesárea sin aplicación de deducible al 100%, hasta	USD 1.300,00	USD 1.500,00	USD 1.800,00
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	USD 300,00	USD 400,00	USD 400,00
CONTROL DE NIÑO SANO	PLAN 10	PLAN 20	PLAN 50
Consultas de Control de Niño Sano al 80%, hasta	USD 25,00	USD 35,00	USD 40,00
Vacunas, de acuerdo al esquema del Ministerio de Salud Pública, al 80%, hasta	USD 25,00	USD 30,00	USD 30,00
DISCAPACIDADES	PLAN 10	PLAN 20	PLAN 50
Cobertura según la Ley y Normativa vigente (20 Salarios Básicos Unificados, amparados con una	20 Salarios Básicos Unificados	20 Salarios Básicos Unificados	20 Salarios Básicos Unificados



acreditación del 40% de su condición y con periodo de carencia de 90 días contados desde la fecha de emisión)			
COBERTURA EN EL EXTERIOR	PLAN 10	PLAN 20	PLAN 50
Cobertura en el exterior de acuerdo a aranceles medio ecuatoriano / Ambulatorio y Hospitalario (vía reembolso)	80%	80%	80%
AYUDAS TÉCNICAS	PLAN 10	PLAN 20	PLAN 50
Cobertura de zapatos y plantillas ortopédicos justificados con diagnóstico médico al 100% sin deducible, máximo 2 pares al año.	USD 40,00	USD 40,00	USD 60,00
Cobertura de audífonos una vez al año sólo para titulares al 100% sin deducible. Beneficios no coordinables, hasta	USD 100,00	USD 120,00	USD 150,00
Medias elásticas para titulares y dependientes cónyuges al 100% sin deducible al año, hasta	USD 200,00	USD 300,00	USD 400,00
Leche medicada anual para niños menores de 2 años siempre y cuando sea parte del tratamiento de una incapacidad.	80% hasta USD 80,00	80% hasta USD 120,00	80% hasta USD 200,00
Prótesis no dentales u órtesis funcionales que restablecen la funcionalidad del órgano al 80% con aplicación de deducible, siempre y cuando el accidente o enfermedad ocurra dentro del contrato. No se cubren cambios ni reemplazos, hasta	USD 5.000,00	USD 10.000,00	USD 25.000,00
Prótesis no dentales que no establecen la funcionalidad del órgano (prótesis mamarias bilaterales, prótesis testicular, prótesis ocular) al 80% con aplicación de 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	USD 5.000,00	USD 10.000,00	USD 25.000,00
Órtesis (férulas, cuellos ortopédicos, rodilleras, cabestrillos) 80% hasta	USD 80,00	USD 100,00	USD 120,00
Alquiler de muletas y sillas de ruedas justificados bajo diagnóstico médico, al 100% hasta	USD 80,00	USD 80,00	USD 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	USD 1.100,00	USD 1.300,00	USD 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	USD 100,00	USD 200,00	USD 200,00



incapacidad al 80% con aplicación de deducible, hasta			
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
BENEFICIOS ADICIONALES	PLAN 10	PLAN 20	PLAN 50
Consultas de psicología en modalidad virtual. No aplica bajo reembolso.	Ilimitado, aplica copago de USD 10,00	Ilimitado, aplica copago de USD 10,00	Ilimitado, aplica copago de USD 10,00
Atención dental en Centros Médicos PRIVIMED: consulta de diagnóstico, profilaxis simple, calces simples, compuestas y complejas. No aplica bajo reembolso.	Ilimitado, aplica copago de USD 10,00	Ilimitado, aplica copago de USD 10,00	Ilimitado, aplica copago de USD 10,00
Código de aprobación ACESS	038-040-010	038-040-015	038-040-021
VALOR ASISTENCIA MÉDICA MENSUAL INCLUIDO IMPUESTOS	PLAN 10	PLAN 20	PLAN 50

EDAD	PLAN 10		PLAN 20		PLAN 50	
	FEMENINO	MASCULINO	FEMENINO	MASCULINO	FEMENINO	MASCULINO
18 a 30 años	USD 65,00	USD 40,00	USD 75,00	USD 50,00	USD 90,00	USD 70,00
31 a 49 años	USD 70,00	USD 50,00	USD 80,00	USD 65,00	USD 100,00	USD 90,00
50 a 60 años	USD 75,00	USD 60,00	USD 85,00	USD 75,00	USD 115,00	USD 120,00
61 a 65 años	USD 90,00	USD 110,00	USD 100,00	USD 125,00	USD 160,00	USD 200,00

PERÍODOS DE CARENCIA	
Emergencia Médica por accidente o apendicetomía	24 horas
Atención Ambulatoria	30 días
Atención Hospitalaria, Hospital del Día y Discapacidades	90 días
Maternidad	60 días (desde suscripción para concepción)
Preexistencias declaradas	24 meses, según Ley de Medicina Prepagada.