

Plan 80

\$15.000

De cobertura por incapacidad

Nivel del plan
3

Deducible anual
(Hospitalario y ambulatorio)

\$80

Modalidad (Red)
MIXTA

planvital

COBERTURA HOSPITALARIA

Cobertura en red direccionada Hospitalaria al:	90%
Cobertura Hospitalaria dentro de red	80%
Cobertura Hospitalaria fuera de red(Vía reembolso)	70%
Topo de habitación por día al 100% sin límite de días hasta	\$ 150
Cobertura de UCI dentro o fuera de la red, con aplicación de deducible	80%

COBERTURA AMBULATORIA

Consulta Médica con pago de ODA al	100%
Cobertura Ambulatoria dentro de red al	80%
Cobertura Ambulatoria vía reembolso fuera de red al	70%
Fee Centros Médicos en Red Preferencial	\$5
Fee Centros Médicos en Red para consulta médica	RED A: \$8 RED B: \$13
Crédito para Procedimientos Ambulatorios dentro de Red	Sí Aplica
Cobertura de Medicinas, vía reembolso con copago al	70%
Crédito en Medicinas con prestadores dentro de Red al	80%
Topo de reembolso por consulta fuera de red al 70% hasta	\$ 50
Terapias de rehabilitación / cardíacas / respiratorias / lenguaje, hasta 20 al año, dentro o fuera de red hasta el topo de consulta al	80%

BENEFICIO ODA

MÉDICO NIVEL 3 - \$15,00
MÉDICO NIVEL 5 - \$20,00
MÉDICO NIVEL 7 - \$25,00

MATERNIDAD

Maternidad al 100%, sin aplicación de deducible ni copago, incluye controles prenatales, parto o cesárea, embarazo ectópico y aborto no provocado hasta	\$1.000
Complicaciones del Embarazo y recepción del neonato	Maternidad

COBERTURAS ADICIONALES

Servicio de Médico a Domicilio (máximo cuatro eventos al año) y Atención de Urgencias: Guayaquil costo US\$12, Quito costo US\$12 en el sector urbano y US\$15 en el sector extraurbano. Incluye traslados a hospital por emergencias.	Sí Aplica
Servicio de ambulancias terrestres para traslados a centro hospitalario en emergencia y urgencias, vía reembolso como cualquier incapacidad al año, hasta	\$ 150
Ambulancia aérea o fluvial como cualquier incapacidad, vía reembolso, al año hasta	\$400
Cobertura para personas con Discapacidad de acuerdo a la Ley, presentando carné del Conadis	20 SBU
Cobertura de dos consultas al año con homeopatía o acupuntura, medicina ancestral y alternativa, inclusive la moxibustión, vía reembolso, como cualquier incapacidad hasta	\$10 c/u
Cobertura de cuatro consultas al año con psicólogo o psiquiatra, vía reembolso, como cualquier incapacidad hasta	\$10 c/u
Cobertura de seis consultas al año con nutricionista, vía reembolso, como cualquier incapacidad hasta	\$10 c/u
Enfermedades catastróficas, raras, huérfanas y trasplantes de órganos como cualquier incapacidad, a menos de que sean sobrevivientes (en este caso, cobertura hasta el monto máximo contratado) a la contratación, al año	\$ 5.000

hasta	
Cama de acompañante y alimentación para pacientes recién nacidos, menores de 16 años y adultos mayores de 75 años, al 100%, al año hasta	\$ 40
Recolección de células madre en prestador autorizado (no aplica vía reembolso) el porcentaje de cobertura será con base en el tarifario pactado con el prestador a la fecha de incurrencia por parte de la afiliada en cobertura de maternidad	No aplica
Prótesis no dentales, endo prótesis cardíacas y vasculares, material de osteosíntesis y mallas de refuerzo muscular al 100%, al año hasta	\$ 500
Atención preventiva en Tarifa Cero (no aplica vía reembolso), en prestador en convenio	Sin costo
Cobertura de vitaminas, hierro y minerales como tratamiento para curar una enfermedad, como cualquier incapacidad	Sí
Vasectomía o Ligadura para titular o cónyuge amparado en el contrato, con deducible y copago hasta	\$ 300
Ayudas técnicas como cualquier incapacidad, vía reembolso, al año hasta	\$ 20
Cada vacuna requerida por el médico durante el año contractual (determinadas por el MSP) por año, como cualquier incapacidad, vía reembolso hasta	\$ 20
Métodos anticonceptivos temporales, solo para titular o cónyuge del titular, vía reembolso, al año hasta	\$ 20
Leche o fórmulas medicadas cuando sean prescritas por un médico para tratar una enfermedad, vía reembolso, al año hasta	\$ 20
Alquiler o equipo de monitoreo e infusión de medicamentos (por ejemplo: bombas de infusión para pasar líquidos vía intravenosa, alquiler de equipos para oxígeno) al 100%, vía reembolso, una vez al año, hasta	\$ 20
Tratamientos o curas de reposo bajo diagnóstico y ordenado por un médico, como cualquier incapacidad, al año hasta	\$ 20
Medicinas naturales, homeopáticas y alternativas, siempre que tengan registro sanitario, como cualquier incapacidad, vía reembolso, al año hasta	\$ 20
Cobertura dental, solo en casos de emergencia, como cualquier incapacidad, vía reembolso al año hasta	\$ 20
Terapias de dolor, las primeras 24 horas posteriores a una cirugía amparada en el contrato, siempre que estén ordenadas por el médico por un monto máximo anual hasta	\$ 250
PREEXISTENCIAS	
Monto de cobertura	20 SBU
A partir de 12 meses se cubrirá al	60%
Desde 24 meses en adelante se cubrirá al	70%
PERIODOS DE CARENCIA	
Continuidad ambulatoria y hospitalaria (no aplica para enfermedades preexistentes)	Sí
Emergencias y urgencias	24 horas
Atenciones ambulatorias	30 días
Atenciones hospitalarias	90 días
Discapacidades	3 meses
Maternidad	60 días
Enfermedades catastróficas, raras o huérfanas y trasplante de órganos, siempre y cuando sean preexistentes y declaradas	24 meses
BENEFICIOS ADICIONALES	
Beneficio Dental. Este beneficio se dará en prestador definido por Plan Vital. Revisar los detalles del beneficio en www.planvital.ec .	
Servicios Exequiales para el titular. Las condiciones de la asistencia exequial consta dentro de la página web www.planvital.ec . No aplica vía reembolso.	
Los demás beneficios adicionales, los cuales no generan costo alguno adicional para el titular, constan dentro de la página web www.planvital.ec .	
DATOS DE COTIZACIÓN	

--

	VALORES CON ISSC
Valor Mensual	(DESCUENTO)
Valor Anual	
Valor Anual al Contado	
Tiempo de Validez de la Oferta: 2024-09-06	