

# Plan Élite 70

# \$20.000

De cobertura anual

Nivel del plan  
**5**

Deducible anual  
(Hospitalario y ambulatorio)  
**\$80**

Modalidad (Red)  
**CERRADA**

**planvital**

## ODA Y CENTROS MÉDICOS EN CONVENIO

ODAs para Médicos Especialistas (atención en consultorio)	Nivel 3 - \$15 Nivel 5 - \$20 Nivel 7 - \$25
Fee Red Preferencial (Medilink - Mediglobal)	\$5,00
Fee Centros Ambulatorios RED A	\$8,00
Fee Centros Ambulatorios RED B	\$15,00
Fee Centros Ambulatorios RED C	\$20,00
Cobertura Ambulatoria dentro de los centros médicos en convenio, para procedimientos, imágenes, laboratorio y medicina al sin deducible	70%
Cobertura Ambulatoria RED C para procedimientos, imágenes, laboratorio y medicina al	60%

## COBERTURA AMBULATORIA

Cobertura Ambulatoria dentro de Red	70%
Cobertura Ambulatoria fuera de Red, vía reembolso al	N/A
Tope de Consulta	\$40,00
Telemedicina solo en Red, máximo 1 al mes por afiliado con Fee de	\$5,00
Exámenes de Laboratorio, Imágenes y Procedimientos dentro de la Red	70%
Exámenes de Laboratorio, Imágenes y Procedimientos fuera de la Red, vía reembolso al	N/A
Crédito Ambulatorio en Red Preferencial Alcívar para servicios de laboratorio e imágenes, sin deducible	Sí Aplica

## COBERTURA DE MEDICINAS

Medicina Comercial dentro de Red	70%
Medicina Genérica dentro de Red	70%
Medicina Comercial fuera de Red, vía reembolso	N/A
Medicina Genérica fuera de Red, vía reembolso	N/A
Retiro de Medicina en Pharmacys hasta	\$500
Retiro de Medicina en Fybeca y Sana Sana hasta	\$500
Medicina a Domicilio con Farmacia 10 / Hospital Alcívar (Guayaquil) y Intelmed (Guayaquil, Quito y Cuenca)	Sí Aplica
Cobertura anual de medicina en Prestadores Vanttive, Universal Medical y Oncomed (vía reembolso) con deducible y copago hasta	N/A

## COBERTURA DE HOSPITALARIA

Cobertura Hospitalaria dentro de Red	70%
Cobertura Hospitalaria fuera de la Red, vía reembolso al	N/A
Cobertura Hospitalaria Direccionada en (Hospital Alcívar - Clínica Alborada) en Guayaquil al (Los honorarios médicos serán a la cobertura estipulada si es del mismo Nivel, caso contrario aplica penalidad por nivel)	70%
Cobertura Hospitalaria Direccionada (Hospital Vozandes) en Quito al	70%
Cuarto y Alimento (Tope de Habitación) diario (sin límite de días) al 100% sin aplicación de deducible hasta	\$200
Penalidad por cambio de nivel	No Aplica
Unidad de Cuidados Intensivos sin límite de días dentro de la red, con deducible y copago	70%

Unidad de Cuidados Intensivos sin límite de días fuera de la red, con deducible y copago, vía reembolso al	N/A
Unidad de Cuidados Intensivos sin límite de días dentro de la red direccionada, con deducible y copago	Sí Aplica
<b>MATERNIDAD</b>	
Maternidad sin aplicación de deducible hasta	\$1000 al 100%
Complicaciones del Embarazo	Maternidad
Recepción del neonato	Maternidad
Parto Normal (incluido en monto de cobertura)	Maternidad
Cesárea (incluido en monto de cobertura)	Maternidad
Embarazo Ectópico (incluido en monto de cobertura)	Maternidad
Aborto No Provocado (incluido en monto de cobertura)	Maternidad
Cobertura para prevención dental en periodo de maternidad; este valor está dentro del monto de maternidad sin aplicación de deducible y de acuerdo al coaseguro que se aplica en la cobertura principal de maternidad	N/A
Cobertura de Controles Prenatales (para maternidades iniciadas en el período de carencia)	N/A
Cuidado del recién nacido para maternidades sin cobertura (Los dependientes neonatos estarán incluidos desde el primer día de nacidos sin que necesariamente la maternidad haya sido cubierta por el contrato, para lo cual la mamá del recién nacido debe encontrarse afiliada y el titular deberá reportar la inclusión dentro de los primeros 30 días del nacimiento, presentando el certificado de nacido vivo o partida de nacimiento.)	N/A
<b>CARENCIAS (PARA NUEVAS INCLUSIONES)</b>	
Maternidad	60 días
Preexistencias	24 meses
Enfermedades Crónicas	24 meses
Hospitalización	90 días
Ambulatorias	30 días
Emergencias y Urgencias	24 horas
Enfermedades congénitas, genéticas, hereditarias y enfermedades catastróficas, raras o huérfanas	24 meses
<b>TIEMPOS</b>	
Período de Incapacidad	365 días
Pago de Reclamos: Hasta \$500, 7 días laborables; desde \$501, 15 días laborables	
Plazo para presentar Coordinación de Beneficios	90 días
Periodo de presentación de reclamos	90 días
Periodo de validez de recetas de medicación continua	180 días
Período de validez de orden para Terapias de Rehabilitación, Cardiacas, Lenguaje y Respiratorias	N/A
Periodo de presentación de documentos probatorios mientras el contrato se encuentre vigente	45 días
Pagos de Cuotas	5 días
<b>BENEFICIOS ADICIONALES</b>	
Emergencia por Accidente (cobertura al 100%) dentro del territorio ecuatoriano y dentro de las primeras 24 horas de ocurrido el evento, pasado este tiempo el excedente se cubrirá como cualquier incapacidad. Hasta monto máximo por incapacidad	\$200
Crédito Ambulatorio para emergencias por accidente para afiliados que acudan a prestadores en convenio dentro de las primeras 24 horas de ocurrido el evento	Sí Aplica
Médico a domicilio en Guayaquil y Quito (Consultas Médicas y Atención de Urgencias), incluye traslado al hospital por emergencias, costo por atención: Sector Urbano: \$12 y Sector Extra-Urbano: \$15, máximo 4 al año	
Ambulancia terrestre como cualquier incapacidad, vía reembolso hasta	N/A
Ambulancia Aérea y/o Fluvial, como cualquier incapacidad, vía reembolso, una vez al año hasta	N/A
Excimer Láser (a partir de 5.5 dioptrías por ojo) para ambos ojos, vía reembolso una vez al año hasta	N/A
Ayuda Visual para Titulares (cristales ópticos / lentes de contacto / marco), vía reembolso una vez al año hasta	N/A
Audífonos para Titulares y Dependientes, vía reembolso una vez al año hasta	N/A
Aparatos Ortopédicos para Titulares y Dependientes, vía reembolso una vez al año hasta	N/A
Plantillas Ortopédicas para Titulares, vía reembolso una vez al año hasta	N/A
Zapatos Ortopédicos para Titulares y Dependientes, vía reembolso una vez al año hasta	N/A

Medias Elásticas, vía reembolso una vez al año hasta	N/A
Tirillas reactivas (60 tirillas al mes), vía reembolso hasta	N/A
Alquiler y/o compra de silla de ruedas y muletas para Titulares y Dependientes, vía reembolso una vez al año hasta	N/A
Prótesis No Dentales para Titulares y Dependientes (Implantes/Prótesis/Material Osteosíntesis) una vez al año hasta	\$500
Alquiler de equipos o dispositivos médicos de monitorización e infusión de medicamentos, una vez al año, para Titulares y Dependientes hasta:	\$20 al 100%, aplica deducible
Cama de Acompañante (para recién nacido, menores de 16 y mayores de 75 años) hasta	\$40 al 100%, aplica deducible
Consultas Psiquiátricas y Psicológicas, vía reembolso hasta	\$40, máximo 12 consultas al año
<b>COBERTURAS ADICIONALES</b>	
Cirugía Robótica aprobada por el MSP que incluyen alquiler del equipo solamente, demás servicios Hospitalarios y Honorarios médicos, con aplicación de copago y deducible hasta	Como cualquier incapacidad
Cirugía Bariátrica incluye consultas, procedimiento, exámenes de diagnóstico y complementarios pertinentes, tratamientos relacionados con la obesidad, bajo los criterios de selección, con aplicación de deducible y copago hasta	Como cualquier incapacidad
Cirugía Reconstructiva en caso de accidente amparado bajo contrato	Como cualquier incapacidad
Cobertura para gastos de complicaciones médicas a consecuencia de una cirugía estética	N/A
Accidente de trabajo y/o enfermedades profesionales	Como cualquier incapacidad
Cuidados paliativos sean estos a domicilio u hospitalarios, aplicando deducible y copago, límite anual por persona hasta	50%
Terapia del dolor (Las primeras 24 horas posteriores a una cirugía amparada por el presente contrato, siempre que estén ordenadas por el médico)	\$200
Terapias de Rehabilitación, Cardíacas, Respiratorias y Ocupacional total terapias anual con aplicación de deducible y copago, médicamente necesarias, hasta	N/A
Terapias de Lenguaje total terapias anual con aplicación de deducible y copago, médicamente necesarias, hasta	N/A
Terapias de Rehabilitación, Cardíacas, Respiratorias, de Lenguaje y Ocupacional total terapias anual con aplicación de deducible y copago, médicamente necesarias, hasta	\$30 al 70%, máximo 20 Terapias en total
Enfermedades dermatológicas, se cubrirán medicinas siempre y cuando cuenten con registro sanitario y sean para fines curativos, vía reembolso	N/A
Vitaminas y Minerales, solo se cubre siempre y cuando sean con fines curativos y médicamente necesarios, como cualquier incapacidad	Sí Aplica
Cobertura de Alergias y pruebas de sensibilidad, (no se cubren medicinas inmunomoduladoras para el tratamiento de Alergias y Asma) con aplicación de deducible y copago, hasta	Sí Aplica
Cobertura Oftalmológica como cualquier incapacidad con monto anual máximo hasta	Como cualquier incapacidad
Consultas con Homeópatas, Acupunturistas, Quiroprácticos y Medicina Bioenergética como cualquier incapacidad, el tope de consultas se acogerá a lo estipulado en el cuadro de beneficios. Se cubren medicinas derivadas de estas consultas, siempre y cuando tengan registro sanitario y sean ordenadas por el médico. Se cubre moxibustión	\$10, máximo 2 sesiones al año
Consultas de Nutrición, vía reembolso aplicando deducible y copago, monto por consulta hasta	N/A
Enfermedades psiquiátricas de base orgánica, bajo diagnóstico, con aplicación de deducible y copago, monto anual hasta	Como cualquier incapacidad
Cobertura para problemas de hormona de crecimiento en menores de 16 años y que sean parte de un tratamiento médico hasta	N/A
Cobertura de lesiones por práctica de deportes (Se cubren las lesiones y/o accidentes ocurridos por la práctica de deportes, siempre y cuando su práctica no sea de carácter profesional)	Como cualquier incapacidad
Cobertura de Diálisis y hemodiálisis, ambulatoria y hospitalaria, domiciliaria y no domiciliaria, como parte del tratamiento de una enfermedad, ordenada por el médico,	Como cualquier incapacidad
Cobertura Oncológica y enfermedades catastróficas, raras y huérfanas, con aplicación de deducible y copago	N/A
Cobertura de VIH/Sida	Como cualquier incapacidad
Cobertura de tratamientos que sean consecuencia de intento de suicidio producto de enfermedad mental de base orgánica	Como cualquier incapacidad
Cobertura para personas con Discapacidad de acuerdo a la Ley, presentando carnét del Conadis o la institución competente como cualquier incapacidad hasta	20 sbu

Cobertura de enfermedades congénitas, genéticas o hereditarias	Cobertura de preexistencia
Cobertura de enfermedades preexistentes	20 sbu
Trasplante de órganos no experimental con aplicación de deducible y copago, hasta	N/A
Gastos para el donante de órganos, con aplicación de deducible y copago, hasta	
Gastos Incurridos en el Exterior, CCI serán cubiertos a precio del medio ecuatoriano y de acuerdo al arancel del plan contratado, con aplicación de deducible y copago	Como cualquier incapacidad
Duplicidad de amparo (precios del medio ecuatoriano), serán cubiertos a precio del medio ecuatoriano y de acuerdo al arancel del plan contratado, sin aplicación de deducible y copago	N/A
Se cubrirá los casos en que el afiliado haya sido víctima contra su voluntad (robo, hurto, secuestro, tentativa de asesinato) mediante la administración de sustancias psicotrópicas, debidamente confirmado por el médico	Como cualquier incapacidad
Emergencias por escopolamina	N/A
Cobertura de Menopausia y Climaterio, para el titular o cónyuge como cualquier incapacidad. (Incluye consulta, exámenes de diagnóstico, control y terapia de restitución hormonal)	N/A
Cobertura para delgadez, obesidad y enanismo (no bariátrica)	N/A
Tratamiento para enfermedades de transmisión sexual como cualquier incapacidad, vía reembolso, hasta	N/A
Cobertura de tratamientos de lesiones o enfermedades ocurridas o sufridas como producto del consumo de alcohol, drogas y estupefacientes, siempre y cuando no sean producto de actos tipificados como faltas a la ley, infracciones, contravenciones y/o delitos. Cobertura anual como cualquier incapacidad hasta	Como cualquier incapacidad
<b>BENEFICIOS PREVENTIVOS</b>	
Credencial Digital para titular y dependientes	Sí Aplica
Tipo de suscripción	Individual
Revisión de siniestralidad de cuotas y coberturas, siempre y cuando la siniestralidad supere el 65% incluido el IBNR. Los beneficios Exequiales no se consideran para el cálculo de siniestralidad	N/A
Límite de edad para ingreso (Adulto Mayor)	N/A
Adulto Mayor	A partir de los 65 años al 50%
Hijos dependientes	Sí Aplica
Convertibilidad o Movilidad a Plan Individual	N/A
Electividad de planes en caso de ascensos	N/A
Exoneración en pago de primas	Sí Aplica
PAP Test para titular o cónyuge, vía reembolso, una vez al año hasta	N/A
Métodos Anticonceptivos, aplicando copago y deducible, monto anual de	\$20
Leche o fórmulas medicadas cuando sean prescritas por un médico para tratar una enfermedad, vía reembolso, al año hasta	N/A
Medicinas naturales, homeopáticas y alternativas, siempre que tengan registro sanitario, como cualquier incapacidad, vía reembolso, al año hasta	N/A
Tratamientos o curas de reposo bajo diagnóstico y ordenado por un médico, como cualquier incapacidad, al año hasta	N/A
Vasectomía o Ligadura para titular o cónyuge amparado en el contrato, con deducible y copago hasta	N/A
Ayudas técnicas como cualquier incapacidad, vía reembolso, al año hasta	N/A
Preexistencia a partir de 6 meses se cubrirá al	N/A
Preexistencia a partir de 12 meses se cubrirá al	50%
Preexistencia desde 24 meses en adelante se cubrirá al	60%
Continuidad ambulatoria y hospitalaria (no aplica para enfermedades preexistentes)	Sí Aplica
Discapacidades	3 meses
Cobertura de recién nacido en caso de que se proceda a la inclusión intrauterina realizada desde la semana 12 hasta la semana 28 del embarazo.	Sí Aplica
Geriatría: Monto máximo por cobertura de consultas en la especialidad de Geriatría de acuerdo a condiciones particulares para pacientes mayores de 65 años; presentando factura original de la consulta, firma y sello del médico	Como cualquier incapacidad
COORDINACIÓN DE BENEFICIOS: Se reembolsará los valores no cubiertos de acuerdo al tarifario de nuestro prestador de Servicios de Salud. Bajo ningún motivo, el reembolso por la coordinación realizada podrá superar el límite establecido dentro del presente plan ni se volverá a cubrir beneficios o reclamos que ya fueron cubiertos por la otra compañía de Medicina Prepagada o Aseguradora.	N/A
CAMBIO DE PLAN: La cobertura del nuevo plan se dará una vez superados los periodos de carencia y durante estos, mantendrá la cobertura del plan anterior. Cabe señalar que el afiliado solo podrá solicitar dicho cambio de plan luego de doce meses de permanencia continua en el plan anterior.	Como cualquier incapacidad
Para los Planes con cobertura para enfermedades Catastróficas y Raras: No se puede excluir la cobertura de tratamiento con estimulantes del crecimiento para este tipo de patologías.	50%

Vacuna requerida por el médico durante el año contractual (determinadas por el MSP) por año, como cualquier incapacidad, vía reembolso hasta	N/A
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 hasta	\$7.000
Cobertura de vitaminas siempre que sea parte de un tratamiento, con receta médica y registro sanitario	Como cualquier incapacidad
Cobertura de Enfermedades crónicas después del periodo de Carencia	50%

**DATOS DE COTIZACIÓN**

--	--

	VALORES CON ISSC
Valor Mensual	
Valor Anual	
Valor Anual al Contado	

--	--

Tiempo de Validez de la Oferta: 2025-08-05