

Elemental 5000

\$5.000

De cobertura por incapacidad

Nivel del plan
5

Deducible anual
(Hospitalario y ambulatorio)
\$80

Modalidad (Red)
MIXTA

planvital

ODA Y CENTROS MÉDICOS EN CONVENIO

ODAs para Médicos Especialistas (atención en consultorio)	Médico Nivel 3 - \$15 Médico Nivel 5 - \$20 Médico Nivel 7 - \$25
Fee Red Preferencial	\$6,00
Fee Centros Ambulatorios RED A	\$8,00
Fee Centros Ambulatorios RED B	\$10,00
Fee Centros Ambulatorios RED C	\$15,00
Cobertura Ambulatoria dentro de los centros médicos en convenio sin deducible para procedimientos, imágenes, laboratorio y medicina al	80%
Cobertura Ambulatoria RED C para procedimientos, imágenes, laboratorio y medicina al	80%
Crédito Ambulatorio dentro de los centros médicos en convenio para exámenes de laboratorio, imágenes y medicinas ordenados por el Médico Ocupacional de la Empresa	Sí Aplica

COBERTURA AMBULATORIA

Cobertura Ambulatoria vía crédito	80%
Cobertura Ambulatoria vía reembolso, libre elección	80%
Tope de Consulta	\$80,00
Telemedicina ilimitada solo en Red por afiliado con Fee de	\$10,00
Exámenes de Laboratorio, Imágenes y Procedimientos vía crédito	80%
Exámenes de Laboratorio, Imágenes y Procedimientos vía reembolso, libre elección al	80%

COBERTURA DE MEDICINAS

Medicina Comercial vía crédito	80%
Medicina Genérica vía crédito	80%
Medicina Comercial vía reembolso, libre elección	80%
Medicina Genérica vía reembolso, libre elección	80%
Retiro de Medicina en Pharmacys hasta	\$500
Retiro de Medicina en Fybeka y Sana Sana (Bajo aceptación explícita del cliente) hasta	\$500
Cobertura anual de medicina en Prestadores Vanttive, Universal Medical y Oncomed (vía reembolso) con deducible y copago hasta	\$150

COBERTURA DE HOSPITALARIA

Cobertura Hospitalaria vía crédito	80%
Cobertura Hospitalaria vía reembolso, libre elección	80%
Cuarto y Alimento diario (sin límite de días) al 100% sin aplicación de deducible hasta	\$200
Unidad de Cuidados Intensivos sin límite de días vía crédito, con deducible y copago	80%
Unidad de Cuidados Intensivos sin límite de días, vía reembolso, con deducible y copago al	80%

CARENCIAS (PARA NUEVAS INCLUSIONES)

Preexistencias	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

BENEFICIOS ADICIONALES

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 en Sector Urbano: \$15 y Sector Extra-Urbano: \$20, máximo 4 al año	
Ambulancia terrestre como cualquier incapacidad, vía reembolso hasta	\$300 al 80%, aplica deducible
Ambulancia Aérea y/o Fluvial, como cualquier incapacidad, vía reembolso, una vez al año hasta	\$1000 al 80%, aplica deducible
Excimer Láser (a partir de 5.5 dioptrías por ojo) para ambos ojos, vía reembolso una vez al año hasta	\$300 al 80%, aplica deducible
Ayuda Visual para Titulares (cristales ópticos / lentes de contacto / marco), vía reembolso una vez al año hasta	\$50 al 80%, aplica deducible
Audífonos para Titulares y Dependientes, vía reembolso una vez al año hasta	\$60 al 80%, aplica deducible
Aparatos Ortopédicos para Titulares y Dependientes, vía reembolso una vez al año hasta	\$150 al 80%, aplica deducible
Plantillas Ortopédicas para Titulares, vía reembolso una vez al año hasta	\$30 al 80%, aplica deducible
Zapatos Ortopédicos para Titulares y Dependientes, vía reembolso una vez al año hasta	\$50 al 80%, aplica deducible
Medias Elásticas, vía reembolso una vez al año hasta	\$30 al 80%, aplica deducible
Alquiler y/o compra de silla de ruedas y muletas para Titulares y Dependientes, vía reembolso una vez al año hasta	\$75 al 80%, aplica deducible
Prótesis No Dentales para Titulares y Dependientes (Implantes/Prótesis/Material Osteosíntesis) una vez al año hasta	\$2000 al 80%, aplica deducible
Alquiler de equipos o dispositivos médicos de monitorización e infusión de medicamentos, una vez al año para Titulares y Dependientes hasta	\$75 al 80%, aplica deducible
Ondas de Choque bajo los siguientes diagnósticos: Pseudoartrosis, Fascitis Plantar, Epicondilitis, Tendinopatía Crónica o Calcificada, una vez al año por un diagnóstico y no por cada uno, hasta	\$90 al 80%, aplica deducible
Cama de Acompañante (para recién nacido, menores de 16 y mayores de 75 años) hasta	\$45 al 80%, aplica deducible
Consultas Psiquiátricas y Psicológicas, vía reembolso hasta	\$60, máximo 1 consulta mensual al 80%
COBERTURAS ADICIONALES	
Cirugías de Nariz (Tabique Nasal / Senos paranasales) previa autorización de Plan Vital, presentando resultados de imágenes (RX y/o TAC), como cualquier incapacidad hasta	Como cualquier incapacidad
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	\$1.000
Cirugía Bariátrica incluye consultas, procedimiento, exámenes de diagnóstico y complementarios pertinentes, tratamientos relacionados a la obesidad, bajo los criterios de selección, con aplicación de deducible y copago hasta	\$600
Cirugía Reconstructiva en caso de accidente amparado bajo contrato	Como cualquier incapacidad
Cuidados paliativos sean estos a domicilio u hospitalarios, aplicando deducible y copago, límite anual por persona hasta	\$300
Terapia del dolor (Las primeras 24 horas posteriores a una cirugía amparada por el presente contrato, siempre que estén ordenadas por el médico)	Sí Aplica
Terapias de Rehabilitación, Cardíacas, Respiratorias y Ocupacional total terapias anual con aplicación de deducible y copago, médicamente necesarias, hasta	\$30, máximo 40 Terapias en total
Terapias de Lenguaje total terapias anual con aplicación de deducible y copago, médicamente necesarias, hasta	\$30, máximo 20 Terapias en total
Enfermedades dermatológicas, se cubrirán medicinas siempre y cuando cuenten con registro sanitario y sean para fines curativos, vía reembolso	Como cualquier incapacidad
Vitaminas y Minerales, solo se cubre siempre y cuando sean con fines curativos y médicamente necesarios, como cualquier incapacidad	Solo vía reembolso
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	Como cualquier incapacidad
Cobertura Oftalmológica como cualquier incapacidad con monto anual máximo hasta	\$1.000

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	8 consultas / sesiones al año
Enfermedades psiquiátricas de base orgánica, bajo diagnóstico, con aplicación de deducible y copago, monto anual hasta	\$100
Cobertura de Diálisis y hemodiálisis, domiciliaria y no domiciliaria, como parte del tratamiento de una enfermedad, ordenada por el médico, hasta	Como cualquier incapacidad
Cobertura Oncológica y enfermedades catastróficas, raras y huérfanas, con aplicación de deducible y copago, hasta	Como cualquier incapacidad
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 de enfermedades preexistentes	Como cualquier incapacidad
Trasplante de órganos no experimental con aplicación de deducible y copago, hasta	\$5.000,00
Gastos para el donante de órganos, con aplicación de deducible y copago	\$500,00
Gastos Incurridos en el Exterior sin coordinación, CCI serán cubiertos a precio del medio ecuatoriano y de acuerdo al arancel del plan contratado, con aplicación de deducible y copago	
Coordinación de Beneficios gastos incurridos en el Ecuador: Se cubrirán gastos incurridos en el Ecuador en contratos o pólizas emitidas en Ecuador con cobertura nacional / internacional, se liquidará a precio del medio ecuatoriano y de acuerdo al arancel del plan contratado, con aplicación de deducible y copago. No se cubrirán gastos de Pólizas Offshore.	
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	Como Cualquier Incapacidad
Cobertura de lesiones por secuestro y/o HMAAC AMIT (huelga, motín, asonada, conmoción civil y actos mal intencionados a terceros) siempre que el afiliado no esté participando voluntariamente	Como Cualquier Incapacidad
Cobertura para la atención médica necesaria de lesiones ocasionadas directa o indirectamente por fenómenos de la naturaleza de carácter catastrófico y/o sus consecuencias, con aplicación de deducible y copago de acuerdo a cada red	Como Cualquier Incapacidad
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
COBERTURAS ESPECIALES	
Seguro de Viaje: Asistencia médica por enfermedad o accidente en el exterior por cualquier evento fortuito (hasta 30 días dentro del periodo de vigencia) a través de ASSIST-CARD. Para titulares y dependientes *Prestador puede ser actualizado sin previo aviso	\$35.000
Servicios exequiales para titular y cuatro dependientes, no aplica vía reembolso	Sí Aplica
DATOS DE COTIZACIÓN	
Nombre del Titular //SIN BENEFICIO//: XXXX Correo electrónico: galcivar@galgomedia.com Edad: 37 AÑOS - Ciudad: GUAYAQUIL 3 DEPENDIENTES (0, 3 y 15 años) //SIN DEPENDIENTES//	

	VALORES CON ISSC
Valor Mensual	\$xxx,xx
Valor Anual	\$xxx,xx *12
Valor Anual al Contado	\$xxx,xx (DESCUENTO)
Afiliación en línea del 10% de descuento	\$xxx,xx
Tiempo de Validez de la Oferta: //PONER FECHA SEGÚN GENERACIÓN DE COTIZACIÓN//	