

COBERTURA POR INCAPACIDAD	\$5.000	\$12.000	\$20.000
AMBULATORIO			
Consultas Médicas dentro de Centros Ambulatorios en convenio	80%	80%	90%
Consultas Médicas dentro de Red	80%	80%	80%
Consultas Médicas fuera de Red	70%	70%	70%
Tope de consulta fuera de la Red al 70%	\$30,00	\$40,00	\$50,00
Medicina Genérica	80%	80%	80%
Medicinas Comercial	70%	70%	70%
Laboratorio, Imágenes y Procedimientos dentro de Red	80%	80%	80%
Laboratorio, Imágenes y Procedimientos fuera de Red	70%	70%	70%
Cobertura por Accidente Ambulatorio al 100%	\$200,00	\$300,00	\$400,00
HOSPITALARIO			
Cobertura Hospitalaria dentro de la Red	80%	80%	90%
Cobertura Hospitalaria fuera de la Red	70%	70%	70%
Habitación diaria al 100% dentro o fuera de Red hasta	\$100,00	\$120,00	\$180,00
Unidad de Cuidados Intensivos sin límite de días dentro de Red	80%	80%	80%
Unidad de Cuidados Intensivos sin límite de días fuera de Red	70%	70%	70%
Cobertura de Preexistencias	\$1.000,00	\$2.700,00	\$3.700,00
DEDUCIBLE			
Deducible anual por persona por contrato	\$70,00	\$100,00	\$150,00
MATERNIDAD			
Parto normal, cesárea, aborto no provocado al 100% hasta	\$800,00	\$1200,00	\$2500,00
CARENCIAS			
Maternidad	60 días	60 días	60 días
Preexistencias	180 días	180 días	180 días
Emergencias Vitales	24 horas	24 horas	24 horas
Atención Ambulatoria	30 días	30 días	30 días

Atención Hospitalaria	90 días	90 días	90 días
Enfermedades Catastróficas	24 Meses	24 Meses	24 Meses
BENEFICIOS ADICIONALES			
Control Niño Sano con tope por valor de consulta al 80% de acuerdo al plan y de acuerdo al siguiente detalle: DE 0 A 1 año = 1 consulta mensual De 1 a 3 años = 1 consulta trimestral DE 3 a 6 años = 1 consulta semestral	\$30,00 c/u	\$40,00 c/u	\$50,00 c/u
Vacunas BCG, POLIO y TRIPLE vía reembolso	\$50,00	\$50,00	\$50,00
Papanicolau una vez al año para titular y cónyuge	\$30,00	\$30,00	\$30,00
Antígeno Prostático para titular una vez al año (Hombre mayor de 40 años)	\$30,00	\$30,00	\$30,00
Mamografías una vez al año (Mujer mayor de 40 años)	\$30,00	\$30,00	\$30,00
Prótesis no dentales	\$300,00	\$500,00	\$700,00
Terapias de Rehabilitación y Respiratorias al 80%, 15 al año	\$ 15,00 c/u	\$ 15,00 c/u	\$ 15,00 c/u
Chequeo Optométrico una vez al año	\$ 30,00	\$ 30,00	\$ 30,00
Cristales ópticos	\$30,00	\$30,00	\$40,00
Vasectomía dentro o fuera de otra cirugía al 100% hasta	\$250,00	\$250,00	\$350,00
Ligadura de Trompas dentro o fuera de otra cirugía al 100%	\$250,00	\$250,00	\$350,00
Cirugía de Eximer Láser con un mínimo de 5.5 dioptrías	\$250,00	\$250,00	\$350,00
Extracciones de terceros molares con tope anual	\$50,00	\$50,00	\$70,00
Plantillas ortopédicas para niños menores de 12 años, 1 vez al año	\$50,00	\$50,00	\$50,00
Alquiler de sillas de rueda y muletas una vez por año	\$70,00	\$70,00	\$70,00
Adquisición de Audífonos para el titular 1 vez al año	\$ 200,00	\$ 200,00	\$ 300,00
Ambulancia Terrestre vía reembolso	\$120,00	\$150,00	\$200,00
Ambulancia Aérea, al 100% sin copago ni deducible, vía reembolso	\$1.000,00	\$2.000,00	\$3.000,00
Leche medicada para niños menores de 2 años (bajo prescripción del médico tratante) sólo para tratar la intolerancia a la lactosa, una vez al año	\$50,00	\$50,00	\$50,00
COSTO MENSUAL			
Titular Solo	\$44,54	\$56,82	\$67,32
Titular + un dependiente	\$89,10	\$94,35	\$100,98
Titular + Familia (esposa e hijos)	\$133,64	\$137,50	\$141,37