

	SERIE 3000	MERIDIAN II PLUS	MERIDIAN II	AZURE	PLAN IDEAL
BENEFICIO	COBERTURA	COBERTURA	COBERTURA	COBERTURA	COBERTURA
Suma Máxima por Año Póliza, por Titular y/o Dependiente	100%	USD 10'000.000	USD 5'000.000	USD 3'000.000	USD 1'000.000 / USD 1'500.000
Período de carencia para cualquier incapacidad no accidental o enfermedad infecciosa en País de Residencia	No aplica	30 días	30 días	30 días	30 días
Período de carencia para cualquier incapacidad no accidental o enfermedad infecciosa Fuera de País de Residencia	60 días	60 días	60 días	60 días	60 días
Período de Acumulación de Cuentas	180	180	180	180	180
Período de Presentación de Reclamos	90	90	90	90	90
ATENCIÓN HOSPITALARIA					
Cuarto y Alimento Diario	100%	100%	100%	100%	100%
Unidad de Cuidados Intensivos Diario	100%	100%	100%	100%	100%
Máximo de días consecutivos de hospitalización hasta	Sin límite	Sin límite	Sin límite	Sin límite	240 días
Coaseguro hospitalario (Compañía / Titular y/o Dependiente), para atenciones en País de Residencia y fuera de USA	100%	100%	100%	100%	100%
Coaseguro hospitalario (Compañía / Titular y/o Dependiente), para atenciones dentro de Red en USA	100%	100%	100%	100%	100%
Coaseguro hospitalario (Compañía / Titular y/o Dependiente), para atenciones fuera de Red en USA	100%	100%	100%	50%	50%
Medicinas durante Hospitalizaciones	100%	100%	100%	100%	100%
Medicinas después de hospitalización o cirugía hasta 90 días posteriores	100%	100%	100%	100%	100%
Cargos por alojamiento en el hospital para un acompañante de un dependiente menor de 18 años hospitalizado	USD 400 (Sin Límite de días)	USD 400 (Sin Límite de días)	USD 100 por día (Máximo 10 días)	USD 100 por día (Máximo 10 días)	USD 100 por día (Máximo 10 días)
Tratamiento Médico para Accidentes y Emergencias fuera de Red	No aplica	No aplica	No aplica	USD 25.000	USD 25.000
SERVICIOS AMBULATORIOS					
Coaseguro para Servicios Ambulatorios	100%	100%	100%	100%	80% (HASTA USD 10.000)
Cirugía Ambulatoria	100%	100%	100%	100%	100% (HASTA USD 10.000)
Quimioterapia, Radioterapia y Diálisis	100%	100%	100%	100%	100% en Ecuador / 80% fuera de Ecuador
Medicinas	100%	100% (Dentro y Fuera de País de Residencia)	100% (Únicamente en País de Residencia)	USD 2.000	USD 1.000
ATENCIÓN DE EMBARAZO (ÚNICAMENTE EN OPCIONES DISPONIBLES)					
Sub límite para Parto Normal, sin aplicación de Deducible	100% en Ecuador / USD 10.000 en USA (APLICA DEDUCIBLE Y COPAGO)	USD 10.000 en USA / 100% fuera de USA	USD 7.000	USD 5000	USD 2.500
Sub límite para Cesárea, sin aplicación de Deducible	100% en Ecuador / USD 10.000 en USA (APLICA DEDUCIBLE Y COPAGO)	USD 10.000 en USA / 100% fuera de USA	USD 7.000	USD 5000	USD 2.500
Sub límite para Aborto no provocado, sin aplicación de Deducible	100% en Ecuador / USD 10.000 en USA (APLICA DEDUCIBLE Y COPAGO)	USD 10.000 en USA / 100% fuera de USA	USD 7.000	USD 5000	USD 2.500
Maternidad disponible Dependientes Hijas	Si	Si	Si	Si	Si
Límite Máximo para Complicaciones de Maternidad	100%	100%	100%	USD 100.000	USD 50.000
Límite para Cobertura del Recién Nacido	100%	100%	USD 500.000	USD 250.000	USD 10.000
Preservación de células madres del cordón umbilical, sin aplicación de deducible	USD 2.000	USD 1.500	USD 1.500	USD 1.500	No aplica
Período de Carencia para inicio de beneficio de Maternidad	60 días	60 días	60 días	60 días	60 días
Ligadura de Trompas y Vasectomía	USD 1.000	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica
Circuncisión en el Hospital, sin aplicación de deducible ni coaseguro, por recién nacido	USD 1.000	USD 500	No aplica	No aplica	No aplica
TRASPLANTE DE ÓRGANOS					
Límite Máximo para Trasplantes de Órganos	100%	USD 2'500.000	USD 1'500.000	USD 1'000.000	USD 300.000
Límite Máximo para Donante a favor del Titular y/o Dependiente	USD 15.000	USD 20.000	USD 20.000	USD 10.000	USD 10.000
OTROS BENEFICIOS					
Tratamiento Dental de Emergencia después de un Accidente, sin aplicación de deducible ni coaseguro	100%	100%	100%	100%	100%
Enfermera en el Hogar	180 días	180 días	90 días	30 días	30 días
Hospicio o cuidados terminales (Cuidados Paliativos)	100%	100%	100%	100%	No aplica
Equipos Médicos Duraderos, Prótesis y Dispositivos Ortopédicos por Titular y/o Dependiente, por año	USD 30.000	USD 15.000	USD 5.000	USD 5.000	USD 500
Tratamiento de SIDA	USD 500.000	USD 500.000	USD 500.000	No aplica	No aplica
Chequeo Médico Rutinario, luego de dos años, para titular y cónyuge, por chequeo (Beneficios pagaderos sin aplicación de deducible ni coaseguro)	USD 300	USD 300	USD 250	USD 250	USD 50
Inmunizaciones rutinarias para dependientes menores de 18 años, por dependiente, por año	USD 250	USD 150	No Aplica	No aplica	No aplica
Servicio Local de Ambulancia	100%	100%	100%	100%	USD 1.000
Transportación Aérea de Emergencia Médica (sin aplicación de deducible)	100%	100% (a través de endoso de Asistencia en Viajes)	100% (a través de endoso de Asistencia en Viajes)	100% (a través de endoso de Asistencia en Viajes)	100% (a través de endoso de Asistencia en Viajes)
Cobertura de deportes peligrosos	100%	100%	100%	100%	100%
Tratamiento Quiropráctico por año	USD 4.000	No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica
Reconstrucción Estética de senos para Titular o Cónyuge, a partir del tercer año de vigencia	USD 4.000	No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica
EXONERACIÓN DE PRIMAS					
Exoneración de Primas en caso de fallecimiento o incapacidad total y permanente del titular	2 años	2 años	2 años	2 años	2 años