



PLAN INDIVIDUAL
TOTAL
\$10.000

Sabemos que te preocupas por tu bienestar y el de tu familia, te ofrecemos el Plan Individual, con mayor cobertura, atención integral y servicio de calidad.



BENEFICIOS ÚNICOS



Red de médicos especialistas, con atención en sus propios consultorios.



Tus consultas médicas a un clic de distancia, sin copago y desde la comodidad de tu casa.



Cobertura de emergencia médica por enfermedad o accidentes durante Viajes al Exterior. Dentro de red mundial hasta \$ 40.000, y red Europea hasta € 40.000



Atención hospitalaria en el domicilio del afiliado, rodeado de sus familiares y en un entorno conocido. Aplica Quito y Guayaquil.



Agenda y paga tus copagos de citas médicas con un especialista, accede a tu historia clínica digital, farmacia y laboratorio con un par de clics, desde cualquier lugar.



MÉDICO A DOMICILIO



AMBULANCIA



PLAN EXEQUIAL
PARA TITULAR
Y DEPENDIENTE



RED HOSPITALARIA
PREFERENCIAL AL
100%



MEDICAMENTOS
A DOMICILIO
Servicio de envío gratuito



PLAN DENTAL
POR EMERGENCIA



UNA SOLA RED
SIN NIVELES NI
DIFERENCIACIÓN



SEGURO DE VIDA
PARA TITULAR

*Red Hospitalaria Preferencial, el afiliado debe asumir deducible y gastos no cubiertos

TABLA DE BENEFICIOS	
NOMBRE DEL PLAN	Plan Individual Total \$10.000
TIPO DE PLAN	INDIVIDUAL
MODALIDAD	MIXTA
VALOR DEL DEDUCIBLE ANUAL POR PERSONA	\$80 (APLICA DENTRO O FUERA DE LA RED VÍA REEMBOLSO Y CRÉDITO HOSPITALARIO)
MONTO MÁXIMO DE COBERTURA (POR INCAPACIDAD POR PERSONA)	\$10.000
TARIFARIO	MC. GRAW HILL/CONFIED1

COBERTURAS						
PRESTACIONES SANITARIAS(Detalle de todos los beneficios amparados en la cobertura)	RED CERRADA			RED ABIERTA		
	Copago	Sub_límites /Topes máximo de cobertura (número y valor a ser cubierto)	Carencia	Copago	Sub_límites /Topes máximo de cobertura (número y valor a ser cubierto)	Carencia

COBERTURA AMBULATORIA						
Atención Ambulatoria	10%	Hasta \$ 10.000	30 días	20%	Hasta \$ 10.000	30 días
Consultas Medicina General	De \$6 a \$15	Hasta \$ 10.000	30 días	20%	\$ 40 por consulta, hasta \$ 10.000	30 días
Consultas Medicina de Especialidad	De \$6 a \$15	Hasta \$ 10.000	30 días	20%	\$ 40 por consulta, hasta \$ 10.000	30 días
Consultas Medicina Alternativa	N/A			20%	\$40 por consulta hasta \$ 400	30 días
Laboratorio Clínico	10%	Hasta \$ 10.000	30 días	20%	Hasta \$ 10.000	30 días
Imagen	10%	Hasta \$ 10.000	30 días	20%	Hasta \$ 10.000	30 días
Terapia de Lenguaje	De \$4 a \$8	Hasta \$ 1.000	30 días	20%	Hasta \$ 1.000	30 días
Terapia física	De \$4 a \$8	Hasta \$ 1.000	30 días	20%	Hasta \$ 1.000	30 días
Terapia respiratoria	De \$4 a \$8	Hasta \$ 1.000	30 días	20%	Hasta \$ 1.000	30 días
Terapia cardiaca	De \$4 a \$8	Hasta \$ 1.000	30 días	20%	Hasta \$ 1.000	30 días
Consulta médica a domicilio	De \$10 a \$15	Hasta \$ 10.000	30 días	20%	\$40 por consulta hasta \$ 10.000	30 días
Control de niño sano (aplica vía reembolso)	20%	Hasta \$ 10.000	30 días	20%	\$ 40 por consulta, hasta \$ 10.000	30 días

COBERTURA AMBULATORIA

Vacunas Control Niño Sano (Aplica vía reembolso): -Menores de un año: BCG, HB, Rotavirus, IPV, bOPV, Pentavalente (DPT+HB+Hib), Neumococo conjugada -De 12 a 23 meses: Difteria, Tétanos, Tosferina, (DPT), bOPV, Sarampión, Rubeola, Parotiditis, SRP, Varicela	20%	Hasta \$ 10.000	30 días	20%	Hasta \$ 10.000	30 días
Medicamentos Genéricos o de Marca (aplica vademécum)	10%	Hasta \$ 10.000	30 días	20%	Hasta \$ 10.000	30 días
Medicamentos Naturales con registro sanitario y siempre que se expendan en un lugar autorizado (aplica vademécum)	10%	Hasta \$ 10.000	30 días	20%	Hasta \$ 10.000	30 días
Vitaminas y minerales siempre y cuando el diagnóstico lo justifique y sea pertinente	10%	Hasta \$ 10.000	30 días	20%	Hasta \$ 10.000	30 días

COBERTURA HOSPITALARIA

Atención Hospitalaria	10%	Hasta \$ 10.000	90 días	20%	Hasta \$ 10.000	90 días
*Atención Hospitalaria preferencial	100%	Hasta \$ 10.000	90 días	N/A		
Atención Hospitalaria domiciliaria	10%	Hasta \$ 10.000	90 días	N/A		
Hospitalización en Unidad de Cuidados intensivos	10%	Hasta \$ 10.000	90 días	10%	Hasta \$ 10.000	90 días
Cuarto y alimento diario	100%	Hasta \$ 150	90 días	100%	Hasta \$ 150	90 días
Máximo de días por hospitalización	Sin límite			Sin límite		
Cama y dieta general en el hospital/ clínica para el acompañante cuando el paciente es recién nacido, menor a 16 años y adulto mayor a 75 años	100%	Hasta \$ 10.000	90 días	100%	Hasta \$ 10.000	90 días
Honorarios Médicos	10%	Hasta \$ 10.000	90 días	20%	Hasta \$ 10.000	90 días
Laboratorio	10%	Hasta \$ 10.000	90 días	20%	Hasta \$ 10.000	90 días
Imagen	10%	Hasta \$ 10.000	90 días	20%	Hasta \$ 10.000	90 días
Medicamentos	10%	Hasta \$ 10.000	90 días	20%	Hasta \$ 10.000	90 días
Honorarios Cirujano	10%	Hasta \$ 10.000	90 días	20%	Hasta \$ 10.000	90 días
Dispositivos y Suministros Médicos	10%	Hasta \$ 10.000	90 días	20%	Hasta \$ 10.000	90 días
Ligadura y vasectomía, para titular y cónyuge	10%	Hasta \$ 10.000	90 días	20%	Hasta \$ 10.000	90 días
Trasplante de órganos vitales, para donante y receptor	10%	Hasta \$ 10.000	90 días	20%	Hasta \$ 10.000	90 días

COBERTURA DE MATERNIDAD						
Chequeos prenatales	100%	Hasta \$ 2.000	60 días	100%	Hasta \$ 2.000	60 días
Complicaciones maternidad	100%		60 días	100%		60 días
Parto normal	100%		60 días	100%		60 días
Cesárea	100%		60 días	100%		60 días
Legrados o abortos no punibles, siempre y cuando éstos sean indicados como procedimiento terapéutico por un médico	100%		60 días	100%		60 días
Maternidad en período de carencia únicamente en Tarifa 0	100%	Ciclo de Vida	0 días	N/A		

COBERTURA PARA RECIÉN NACIDO						
Límite máximo de cobertura para Recién Nacido (con inclusión intrauterina)	10%	Hasta \$ 10.000	0 días	20%	Hasta \$ 10.000	0 días
Límite máximo de cobertura para Recién Nacido (sin inclusión intrauterina)	10%	Hasta \$ 10.000	30 días ambulatorio o 90 días hospitalario	20%	Hasta \$ 10.000	30 días ambulatorio o 90 días hospitalario

PROHIBICIONES A LAS EXCLUSIONES (BAJO REEMBOLSO)						
Tratamiento de métodos anticonceptivos no quirúrgicos, debidamente prescritos por un médico	100%	\$20	90 días	100%	\$ 20	90 días
Cobertura de condiciones de salud que sea consecuencia de accidentes y/o enfermedades por uso de drogas, estupefacientes, embriaguez, alcoholismo y lesiones debido a trastornos de la salud mental, estado de demencia incluso resultantes por intento de suicidio.	100%	\$50	90 días	100%	\$ 50	90 días
Fórmulas alimenticias medicadas, siempre y cuando la enfermedad obligue su utilización y sea prescrito por un médico	100%	\$20	90 días	100%	\$ 20	90 días
Pruebas de sensibilidad y tratamientos inmunológicos en general, siempre y cuando hayan sido prescritos por un profesional	100%	\$25	90 días	100%	\$ 25	90 días
Cuidados paliativos hospitalarios o domiciliarios, siempre y cuando estén prescritos por un médico	100%	Hasta \$ 2.000	90 días	100%	Hasta \$ 2.000	90 días
Tratamientos y/o procedimientos para problemas de malnutrición, como cualquier incapacidad	100%	Hasta \$ 500	90 días	100%	Hasta \$ 500	90 días

COBERTURAS OBLIGATORIAS						
Enfermedades crónicas, raras y catastróficas, preexistentes declaradas	10%	Hasta 20 SBU	24 meses	20%	Hasta 20 SBU	24 meses
Enfermedades crónicas, raras y catastróficas, sobrevinientes a la contratación:	10%	Hasta \$ 10.000	30 días ambulatorio o 90 días hospitalario	20%	Hasta \$ 10.000	30 días ambulatorio o 90 días hospitalario
Emergencia / Urgencia	10%	Hasta \$ 10.000	24 horas	20%	Hasta \$ 10.000	24 horas
Emergencia por accidente, vía reembolso	100%	Hasta \$ 300	24 horas	100%	Hasta \$ 300	24 horas
El exceso de los gastos médicos por emergencia por accidente se cubrirá:	10%	Hasta \$ 10.000	24 horas	20%	Hasta \$ 10.000	24 horas
Prestaciones de Tarifa 0	De acuerdo a lineamientos del MSP			N/A		

OTROS BENEFICIOS						
Cobertura por todas las enfermedades preexistentes y congénitas declaradas una vez superado el periodo de carencia, definido en el certificado de carencias entregado al afiliado	10%	Hasta \$ 1.000	Hasta 24 meses	20%	Hasta \$ 1.000	Hasta 24 meses
Enfermedades preexistentes declaradas a causa de una discapacidad, calificada por el organismo pertinente	10%	20 SBU	90 días	20%	20 SBU	90 días
Ambulancia terrestre	100%	Hasta \$ 200	30 días	100%	Hasta \$ 200	30 días
Consultas Oftalmológicas por refracción visual	De \$6 a \$15	Hasta \$ 10.000	30 días	N/A		
Cobertura dental por emergencia (no aplica vía reembolso)	100%	Hasta \$ 300	30 días	N/A		
Extracción de terceros molares (no aplica vía reembolso)	100%	Hasta \$ 400	30 días	N/A		
Zapatos y plantillas ortopédicas una vez al año	100%	Hasta \$ 80	30 días	100%	Hasta \$ 80	30 días
Leche medicada anual, para niños menores de 2 años siempre y cuando sea parte del tratamiento de una incapacidad	100%	Hasta \$ 100	30 días	100%	Hasta \$ 100	30 días
Examen Pap Test una vez al año para titular o cónyuge (aplica vía reembolso)	100%	Hasta \$ 30	30 días	100%	Hasta \$ 30	30 días
Examen de mamografía una vez al año para titular o cónyuge (aplica vía reembolso)	100%	Hasta \$ 50	30 días	100%	Hasta \$ 50	30 días
Examen Antígeno Prostático PSA, una vez al año para titular o cónyuge (aplica vía reembolso)	100%	Hasta \$ 30	30 días	100%	Hasta \$ 30	30 días
Órtesis (férulas, cuellos ortopédicos, rodilleras, cabestrillos)	100%	Hasta \$ 100	30 días	100%	Hasta \$ 100	30 días

OTROS BENEFICIOS

Alquiler de muletas y silla de ruedas	100%	Hasta \$ 50	30 días	100%	Hasta \$ 50	30 días
Alquiler de saturadores de oxígeno	100%	Hasta \$ 1.000	30 días	100%	Hasta \$ 1.000	30 días
Excimer Láser a partir de las 5.5 dioptrías	10%	Hasta \$ 1.000 por ojo	90 días	20%	Hasta \$ 1.000 por ojo	90 días
Cobertura para Cirugías Robóticas o Nueva Tecnología aprobada por el MSP, (este límite aplica solo para el uso de equipos e insumos, los honorarios médicos serán de acuerdo a lo establecido en el contrato)	10%	Hasta \$ 5.000	90 días	20%	Hasta \$ 5.000	90 días
Prótesis a causa de una enfermedad o accidente, cubierto por este contrato)	10%	Hasta \$ 10.000	30 días ambulatorio o 90 días hospitalario	20%	Hasta \$ 10.000	30 días ambulatorio o 90 días hospitalario
Atención oncológica integral, no preexistente	10%	Hasta \$ 10.000	30 días ambulatorio o 90 días hospitalario	20%	Hasta \$ 10.000	30 días ambulatorio o 90 días hospitalario
Consulta médica telemedicina (ConfionLine)	100%	Hasta \$ 10.000	30 días	20%	\$ 40 por consulta, hasta \$ 10.000	30 días
Amparo de dependientes en caso de muerte de titular)	Aplica (Un año a partir de la muerte del Titular)					

COSTO NETO MENSUAL POR PERSONA (* No incluye impuestos de ley)

MENOR DE 18 AÑOS	
TITULAR SOLO	\$67.73
De 18 a 39 AÑOS	
TITULAR SOLO	\$68.69
TITULAR + UNO	\$127.54
TITULAR + FAMILIA	\$193.26
DE 40 A 54 AÑOS	
TITULAR SOLO	\$91.34
TITULAR + UNO	\$170.58
TITULAR + FAMILIA	\$258.96
DE 55 A 65 AÑOS	
TITULAR SOLO	\$148.56
TITULAR + UNO	\$279.30
TITULAR + FAMILIA	\$424.89
DE 66 A 80 AÑOS	
TITULAR SOLO	\$216.36
TITULAR + UNO	\$407.98
TITULAR + FAMILIA	\$621.25
DE MAS DE 80 AÑOS	
TITULAR SOLO	\$259.38
TITULAR + UNO	\$489.72
TITULAR + FAMILIA	\$746.00

RESUMEN DEL CONTRATO

Afiliación

Titulares, cónyuge o compañero(a) permanente, desde los 18 años, sin límite de ingreso y permanencia.

Para ingreso de dependientes hijos, hasta los de diez y ocho (18) y hasta el día que cumpla veinte y tres (23) años 11 meses 29 días en caso de ser solteros, sean estudiantes y no trabajen. Para tener derecho al reclamo deberán presentar copia de la cédula de identidad, certificado de matrícula del año que se encuentre cursando, certificado de NO aportación al IESS.

Se consideran elegibles a la fecha de emisión de este contrato, los residentes en el Ecuador ya sea como titulares, beneficiarios, dependientes. Podrán ser considerados como beneficiarios de un plan o programa de servicios de atención integral de salud prepagada y de seguros con cobertura de asistencia médica, toda persona, que tenga con el solicitante o el titular, relación laboral, conyugal, de unión de hecho, o de parentesco hasta el cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad.

Todo nuevo ingreso deberá adjuntar la declaración de salud completa.

Para nuevos ingresos el cliente mantiene los periodos de carencia designados en su plan y para la cobertura de enfermedades preexistentes y congénitas declaradas, en caso de existir, como beneficio para el afiliado Confiamed definirá el tiempo de carencia para ellas hasta máximo 24 meses. Entiéndase por enfermedad preexistente toda patología o desorden en la condición de salud que haya sido diagnosticada y/o tratada antes del inicio de vigencia del contrato del afiliado.

Las enfermedades preexistentes y congénitas no declaradas por el afiliado no gozarán de cobertura.

Movimientos

Los movimientos de inclusiones serán procesados a la fecha de solicitud del afiliado, aplicado la inclusión a la siguiente facturación de su período para ello la información debe ser presentada de acuerdo con los requerimientos realizados por CONFIAMED.

Las exclusiones, actualizaciones y cancelaciones deberán ser entregados hasta 5 días antes de la siguiente facturación, para ello la información debe ser presentada de acuerdo con los requerimientos realizados por CONFIAMED. Los cambios de plan aplican únicamente a la renovación del contrato.

La cuota o aportación deberá ser cancelada hasta el (5to) quinto día hábil posterior a la recepción de la factura electrónica.

Transcurridos los treinta (30) días de mora se procederá a la suspensión del servicio y a los noventa (90) días de mora, se procederá a la cancelación del contrato si la compañía lo dispone. No se cubrirá gastos incurridos durante el periodo que el afiliado se encuentre en mora.

En caso de desafiliaciones o terminación del contrato, el plazo para la presentación de documentación para reembolso es de noventa (90) días posteriores a la desafiliación, las fechas de incurrancia deben encontrarse dentro del periodo de afiliación y bajo las condiciones de esta.

Liquidación

La presentación de documentos para reclamo (incluidos reingresos) es de noventa (90) días a partir de la fecha de incurrancia.

Para procesar el pago de prestaciones la documentación debe estar completa, y desde ese momento transcurrirá los cinco (5) días laborables para el pago.

Maternidades

Si el embarazo se produjere una vez superado el período de carencia, se cubrirá al titular, cónyuge o conviviente legal, para el efecto deberá reportar hasta la semana doce (12), desde la fecha de la última menstruación (FUM), la inclusión intra-útero del nonato se podrá realizar cancelando retroactivamente a la tarifa inmediata superior desde FUM. En caso de embarazos múltiples deberá reportar el número de nonatos y cancelar retroactivamente a la tarifa de titular + familia desde FUM.

Maternidades

Si el embarazo se produjere durante el período de carencia, se cubrirá al titular, cónyuge o conviviente legal, para el efecto deberá reportar hasta la semana doce (12), desde la fecha de la última menstruación (FUM), únicamente tendrá atención según lo estipulado en tarifa 0.

Para acceder a la cobertura de atenciones prenatales y que el nonato tenga cobertura, se podrá realizar la inclusión intra- útero desde la semana veinte de embarazo hasta la semana treinta y dos, siempre y cuando el contratante cancele las cuotas correspondientes al inmediato superior a partir de la semana de contratación de este beneficio. En caso de embarazos múltiples, deberá reportar el número de nonatos y cancelar a la tarifa de titular + familia. Cabe aclarar que las atenciones cubiertas serán únicamente prenatales (atenciones ambulatorias como: consultas, exámenes de laboratorio e imágenes), (no se cubrirá ningún evento hospitalario, parto normal y/o cesárea).

Las maternidades no declaradas dentro del tiempo estipulado (12 semanas desde FUM) y las maternidades en curso no tendrán cobertura.

La inclusión de Recién Nacido aplica cobertura a partir del alumbramiento siempre y cuando el no-nato haya sido incluido intra-útero.

Control niño sano

Control Niño Sano: Cobertura de vacunas declaradas como obligatorias por el Ministerio de Salud Pública y Consultas médicas con aplicación de deducible, de acuerdo con el plan contratado:

De 0 a 12 meses: una consulta mensual

De 13 a 36 meses: una consulta trimestral

De 37 a 60 meses: una consulta semestral. Adicional a estas consultas el afiliado tiene cobertura de Tarifa Cero de acuerdo con Lineamientos del Ministerio de Salud Pública.

OTROS BENEFICIOS

Medicina Alternativa: atención homeopática, acupuntura, quiropráctica, naturista, bioenergética y medicina ancestral, siempre y cuando el profesional de salud esté acreditado y cuente con los permisos de funcionamiento y estén reconocidos por el Organismo Competente. Cobertura de medicamentos naturales siempre y cuando posean registro sanitario y se expendan en lugar autorizado para el mismo.

EXCLUSIONES DEL CONTRATO

Aplica condiciones generales del contrato.

AGENDA TUS CITAS MÉDICAS EN:

Agenda tu cita médica en nuestro Contact Center



1700-30-30-30
1800-30-60-30

Opción 1 A NIVEL NACIONAL 24/7



02 3977-827

PBX DE AGENDAMIENTO 24/7



WhatsApp 099-600-77-33

LUNES A VIERNES DE 08:30 A 17:30
SÁBADO DE 08:30 A 14:30

Accede a tus citas médicas online en **Confionline**, consultas gratuitas desde la comodidad de tu hogar en **www.confiamed.com/web/confionline/**

CONTÁCTANOS PARA MÁS INFORMACIÓN EN:

servicioalcliente@confiamed.com

www.confiamed.com



/ConfiamedEcuador



/Confiamed_SA

CONFIAMED
MEDICINA PREPAGADA

Red hospitalaria preferencial con cobertura al 100%



Quito

Hospital Vozandes
Hospital Padre Carollo
Clínica Moderna
SIME USFQ – Hospital del Día

Guayaquil

Clínica Panamericana
Hospital San Francisco de Gye
Aprofe

Cuenca

Hospital Católico
Hospital Humanitario

*Red Hospitalaria Preferencial, el afiliado deberá asumir deducible y gastos no cubiertos

www.confiamed.com



/ConfiamedEcuador



/Confiamed_SA

CONFIAMED
MEDICINA PREPAGADA