



## Comparador de Planes de Cobertura Internacional

Meridian II

Plan Azure

Plan Ideal

Support

TABLA DE BENEFICIOS MÁXIMOS				
Tipo de Plan	Individual	Individual	Individual	Individual
Modalidad	Abierta	Abierta	Abierta	Abierta
Tipo de Deducible	Por Año Póliza para todos los beneficios, por Titular y/o Dependientes	Por Año Póliza para todos los beneficios, por Titular y/o Dependientes	Por Año Póliza, por Titular y/o Dependientes	Por Año Póliza para todos los beneficios, por Titular y/o Dependientes
Valor de Deducible	n/a	n/a	n/a	Opción I: USD. 5,000; Opción II: USD. 10,000; Opción III: USD. 15,000; Opción IV: USD. 20,000
Valor de Deducible, máximo 2 por Familia	Opción I: 500 ; Opción II: 1,000 ; Opción III: 2,500 ; Opción IV: 5,000 ; Opción V: 10,000 ; Opción VI: 20,000	Opción I: 500 ; Opción II: 1,000 ; Opción III: 2,500 ; Opción IV: 5,000 ; Opción V: 10,000 ; Opción VI: 20,000	Opción I: 500 ; Opción II: 1,000 ; Opción III: 2,500 ; Opción IV: 5,000 ; Opción V: 10,000 ; Opción VI: 20,000	n/a
Valor de Deducible fuera de los Estados Unidos de América, máximo 2 por Familia	n/a	n/a	n/a	n/a
Valor de Deducible dentro de los Estados Unidos de América, máximo 2 por Familia	n/a	n/a	n/a	n/a
Monto máximo de cobertura por Año Póliza por Titular y/o Dependientes	7,000,000	5,000,000	1,000,000 2,000,000	USD. 500,000 - Cobertura Nacional
Nombre del Tarifario Aplicable	Tarifario BMI	Tarifario BMI	Tarifario BMI	Tarifario BMI
Período de Acumulación de Cuentas	180 Días	180 Días	180 Días	180 Días
Período de presentación de siniestros	90 Días	90 Días	90 Días	90 Días

ATENCIÓN AMBULATORIA

	<b>Meridian II</b>	<b>Plan Azure</b>	<b>Plan Ideal</b>	<b>Support</b>
Atención Ambulatoria incluye consultas, exámenes, tratamientos y demás prestaciones y beneficios descritos en las Condiciones Generales de esta Póliza. En el caso de Medicamentos, terapias y medicina ancestral se sujetarán a sus propios límites	Monto total de cobertura	Monto total de cobertura	Monto total de cobertura	Monto total de cobertura
Cirugía Ambulatoria	n/a	Monto total de cobertura	Monto total de cobertura	n/a
Medicamentos	En el País de Residencia: Monto total de cobertura  Fuera del País de Residencia: USD. 7,500	En el País de Residencia: Monto total de cobertura  Fuera del País de Res.: USD. 5,000	n/a	Monto total de cobertura
Medicamentos únicamente en el País de Residencia	n/a	n/a	Monto total de cobertura	n/a
Medicamentos especializados	Monto total de cobertura	Monto total de cobertura	Monto total de cobertura	n/a
Terapias prescritas como parte del tratamiento de una Incapacidad, sujetas al análisis de que son Medicamento Necesarias y a lo establecido en las Condiciones Generales de esta Póliza.	Monto total de cobertura	Monto total de cobertura	Monto total de cobertura	Monto total de cobertura
Medicina ancestral únicamente en el País de Residencia	USD. 500	USD. 500	USD. 500	USD. 500
Medicina alternativa únicamente en el País de Residencia	Monto total de cobertura	Monto total de cobertura	Monto total de cobertura	Monto total de cobertura
<b>ATENCIÓN HOSPITALARIA</b>				
Atención Hospitalaria incluye visita médica, cuidados de enfermería, interconsultas profesionales, y demás beneficios descritos en las Condiciones Generales de esta Póliza. En el caso de Cuarto y Alimento, Unidad de Cuidados Intensivos y Medicamentos se sujetarán a sus propios límites	Monto total de cobertura	Monto total de cobertura	Monto total de cobertura	Monto total de cobertura
Cuarto y Alimento Diario	Monto total de cobertura	Monto total de cobertura	Monto total de cobertura	Monto total de cobertura  Máximo 240 días

	Meridian II	Plan Azure	Plan Ideal	Support	
Unidad de Cuidados Intensivos Diario	Monto total de cobertura	Monto total de cobertura	Monto total de cobertura	Monto total de cobertura	Máximo 240 días
Medicamentos durante hospitalizaciones	Monto total de cobertura	Monto total de cobertura	Monto total de cobertura		n/a
Medicamentos después de hospitalización o cirugía (máximo 90 días)	Monto total de cobertura	Monto total de cobertura	Monto total de cobertura		n/a
Tratamiento médico para Accidentes y Emergencias fuera de la Red de Proveedores Plan Ideal en los Estados Unidos de América	n/a	USD. 50,000	USD. 50,000		n/a
<b>ATENCIÓN DE EMBARAZO</b>	<b>APLICA ÚNICAMENTE PARA DEDUCIBLES HASTA USD. 5.000</b>	<b>APLICA ÚNICAMENTE PARA DEDUCIBLES HASTA USD. 2.500</b>	<b>APLICA ÚNICAMENTE PARA DEDUCIBLES HASTA USD. 2.500</b>	<b>APLICA ÚNICAMENTE PARA DEDUCIBLES HASTA USD. 2.500</b>	<b>APLICA ÚNICAMENTE PARA DEDUCIBLES HASTA USD. 2.500</b>
Atención de Embarazo	n/a	n/a	n/a	Monto total de cobertura	
Atención de Embarazo (Aplica únicamente para Deducible opciones I, II, III) sin aplicación de Deducible ni Coaseguro	USD. 7,500	USD. 5,000	USD. 2,500		n/a
Atención de Embarazo (Aplica únicamente para Deducible opciones I, II, III y IV)	n/a	n/a	n/a		n/a
Complicaciones durante el embarazo y del postparto	n/a	n/a	n/a	USD. 50,000	
Complicaciones durante el embarazo y del postparto (Aplica únicamente para Deducible opciones I, II, III) sin aplicación de Deducible	Monto total de cobertura	USD. 150,000	USD. 100,000		n/a
Complicaciones durante el embarazo y del postparto (Aplica únicamente para Deducible opciones I, II, III y IV) sin aplicación de Deducible	n/a	n/a	n/a		n/a
Preservación de células madres del cordón umbilical, sin aplicación de Deducible ni Coaseguro, por recién nacido (Aplica únicamente para Deducible opciones I, II, III)	USD. 1,500	USD. 1,500	n/a		n/a
Preservación de células madres del cordón umbilical, sin aplicación de Deducible ni Coaseguro, por recién nacido (Aplica únicamente para Deducible opciones I, II, III y IV)	n/a	n/a	n/a		n/a

	Meridian II	Plan Azure	Plan Ideal	Support
<b>ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO</b>				
Atención del recién nacido y sus complicaciones (De una maternidad cubierta o inclusión intrauterio)	Monto total de cobertura	Monto total de cobertura	Monto total de cobertura	Monto total de cobertura
Circuncisión en el Hospital, sin aplicación de Deducible, por recién nacido (Aplica únicamente para Deducible opciones I, II, III y IV)	n/a	n/a	n/a	n/a
<b>OTRAS PRESTACIONES SANITARIAS</b>				
Urgencia Médica por Accidente o Enfermedad	Monto total de cobertura	Monto total de cobertura	Monto total de cobertura	Monto total de cobertura
Enfermedades Congénitas, Genéticas y Hereditarias sobrevinientes a la contratación de esta Póliza	Monto total de cobertura	Monto total de cobertura	Monto total de cobertura	Monto total de cobertura
Enfermedades Degenerativas y Raras sobrevinientes a la contratación de esta Póliza	Monto total de cobertura	Monto total de cobertura	Monto total de cobertura	Monto total de cobertura
Atención oncológica integral que incluye cirugía reconstructiva y rehabilitación, siempre y cuando sea Médicamente Necesario y/o exista una Incapacidad.	Monto total de cobertura	Monto total de cobertura	Monto total de cobertura	Monto total de cobertura
Trasplantes de Órganos	USD. 3,500,000	USD. 2,500,000	USD. 500,000 1,000,000	USD. 250,000
<b>CLÁSULAS CONTRACTUALES OBLIGATORIAS</b>				
Enfermedades Crónicas, Catastróficas sobrevinientes a la contratación de esta Póliza	Monto total de cobertura	Monto total de cobertura	Monto total de cobertura	Monto total de cobertura
Emergencia Médica por Accidente o Enfermedad	Monto total de cobertura	Monto total de cobertura	Monto total de cobertura	Monto total de cobertura
Prestaciones de Prevención Primaria únicamente en el País de Residencia, de acuerdo a lo estipulado en el Capítulo Prestaciones con Tarifa Cero de las Condiciones Generales	Monto total de cobertura	n/a	n/a	n/a
Prestaciones de Prevención Primaria únicamente en el País de Residencia, de acuerdo a lo estipulado en el Capítulo Prestaciones con Tarifa Cero de las Condiciones Generales	n/a	Monto total de cobertura	Monto total de cobertura	Monto total de cobertura
<b>PROHIBICIONES A LAS EXCLUSIONES</b>				

	<b>Meridian II</b>	<b>Plan Azure</b>	<b>Plan Ideal</b>	<b>Support</b>
Límite máximo para cobertura de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida SIDA, SCRS y lo relacionado a HIV Positivo, diagnosticado a partir del mes trece (13) de la contratación de esta Póliza, dentro y fuera del País de Residencia	USD. 500,000	USD. 10,000	USD. 10,000	n/a
Límite máximo para cobertura de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida SIDA, SCRS y lo relacionado a HIV Positivo, diagnosticado en los primeros doce (12) meses de la contratación de esta Póliza y/o cuando la Enfermedad haya sido adquirida al utilizar cualquier tipo de droga intravenosa ilícita, únicamente en el País de Residencia	USD. 50,000	USD. 1,000	USD. 1,000	n/a
Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida SIDA, SCRS y lo relacionado a HIV Positivo	n/a	n/a	n/a	USD. 10,000
Fórmulas alimenticias medicadas, siempre y cuando la Incapacidad obligue su utilización y sea prescrita por un Médico	USD. 5,000	USD. 5,000	USD. 5,000	USD. 3,000
Ligadura de Trompas de Falopio y Vasectomía, solo para Titular y/o su cónyuge o compañero en unión de hecho	USD. 1,000	USD. 1,000	USD. 1,000	Monto total de cobertura
Anticonceptivos temporales por Año Póliza, por Titular y/o Dependientes	USD. 100	USD. 100	USD. 100	USD. 100
Tratamiento Dental de Urgencia a Consecuencia de Accidente	Monto total de cobertura	Monto total de cobertura	Monto total de cobertura	n/a
Tratamiento Dental de Urgencia a Consecuencia de Accidente	n/a	n/a	n/a	Monto total de cobertura
Cargos por alojamiento en Hospital y/o Clínica de un acompañante para recién nacido, menores de dieciséis años y mayores de setenta y cinco años (Límite máximo por día)	USD. 400 Máximo 30 días	USD. 100 Máximo 30 días	USD. 100 Máximo 30 días	USD. 50 Máximo 10 Días
Delgadez y Obesidad siempre y cuando exista diagnóstico médico definitivo y sea Medicamento Necesario	Monto total de cobertura	Monto total de cobertura	Monto total de cobertura	Monto total de cobertura
Cobertura para Incapacidades provenientes del uso o consumo de alcohol, drogas o estupefacientes	USD. 500	USD. 500	USD. 500	USD. 500

	Meridian II	Plan Azure	Plan Ideal	Support
Cobertura para Lesiones debido a trastornos de salud mental, estados de demencia, incluso a resultantes por intento de suicidio	USD. 500	USD. 500	USD. 500	USD. 500
<b>OTROS BENEFICIOS</b>				
Equipos médicos duraderos, prótesis y dispositivos ortopédicos por Año Póliza, por Titular y/o Dependientes	USD. 50,000	USD. 25,000	USD. 5,000	n/a
Enfermera en el hogar	Monto total de cobertura Máximo 180 días	Monto total de cobertura Máximo 90 días	Monto total de cobertura 30 días	n/a
Tratamiento Quiropráctico por Año Póliza, por Titular y/o Dependientes	n/a	n/a	n/a	n/a
Reconstrucción estética de senos para Titular o cónyuge o compañera en unión de hecho	n/a	n/a	n/a	n/a
Chequeo médico rutinario, luego de un año, para Titular y cónyuge o compañero en unión de hecho, sin aplicación de Deducible (Límite máximo por chequeo)	USD. 300	USD. 250	USD. 150	n/a
Inmunizaciones rutinarias para Dependientes menores de 18 años por Año Póliza, sin aplicación de Deducible	n/a	n/a	n/a	n/a
Transportación aérea de Emergencia Médica sin aplicación de Deducible	n/a	n/a	n/a	n/a
Cobertura de deportes peligrosos	Monto total de cobertura	Monto total de cobertura	Monto total de cobertura	n/a
Emergencia Médica relacionada a una Condición Preexistente declarada, incurrida durante el Período de Carencia establecido para Condiciones Preexistentes, por Titular y/o Dependiente	USD. 500	USD. 500	USD. 500	500
Emergencia Médica relacionada a una Condición Preexistente no declarada, por Titular y/o Dependiente	USD. 500	USD. 500	USD. 500	500
Servicio local de Ambulancia	Monto total de cobertura	Monto total de cobertura	USD. 1,000	USD. 100
Cirugía robótica	USD. 20,000	USD. 20,000	USD. 20,000	USD. 20,000
<b>CONDICIONES PREEXISTENTES</b>				

	Meridian II	Plan Azure	Plan Ideal	Support
Límite Máximo por Año Póliza para todas las Condiciones Preexistentes declaradas, por Titular y/o Dependiente	20 SBU	20 SBU	20 SBU	20 SBU
Límite Máximo por Año Póliza para Condiciones Preexistentes relacionadas a una discapacidad, por Titular y/o Dependiente	20 SBU	20 SBU	20 SBU	20 SBU
<b>COBERTURA PARA CÁNCER, INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA, ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR Y/O TRASPLANTE DE ÓRGANOS</b>				
Cáncer, Insuficiencia Renal Crónica, Enfermedad Cardiovascular por Año Póliza	n/a	n/a	n/a	USD. 1,000,000*
Trasplante de Órganos por Año Póliza	n/a	n/a	n/a	USD. 500,000**
* En adición al monto máximo de cobertura por Año Póliza por Titular y/o Dependientes. La responsabilidad máxima es de US\$ 1,500,000				
** En adición al monto para Trasplante de Órganos. La responsabilidad máxima es de US\$ 750,000				
<b>EXONERACIÓN DE PRIMAS</b>				
Exoneración de primas en caso de fallecimiento o Incapacidad Total y Permanente del Titular	2 años	2 años	2 años	1 año