



Comparador de Planes de Cobertura Internacional

	Meridian II	Plan Azure	Plan Ideal	Support
TABLA DE COBERTURAS				
Tipo de Plan	Individual	Individual	Individual	Individual
Modalidad	Abierta	Abierta	Abierta	Abierta
Tipo de Deducible	Por Año Contrato para todos los beneficios, por Titular y/o Dependientes	Por Año Contrato para todos los beneficios, por Titular y/o Dependientes	Por Año Contrato para todos los beneficios, por Titular y/o Dependientes	Por Año Contrato 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 Contrato 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				

	Meridian II	Plan Azure	Plan Ideal	Support
Atención Ambulatoria incluye consultas, exámenes, tratamientos, diálisis y hemodiálisis, Cuidados Paliativos y demás prestaciones y beneficios descritos en las Condiciones Generales de este Contrato. 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	Monto total de cobertura	En el País de Residencia: Monto total de cobertura Fuera del País de Res.: USD. 15,000	En el País de Residencia: Monto total de cobertura Fuera del País de Residencia: USD. 5,000	Monto total de cobertura
Medicamentos únicamente en el País de Residencia	n/a	n/a	n/a	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 este contrato.	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
Tratamiento ambulatorio para atenciones por Trastornos de Salud Mental únicamente en el País de Residencia, excepto los numerales 2 y 3 del Art. 9 de las Condiciones Generales de este Contrato	USD. 250	USD. 250	USD. 250	n/a
Tratamiento ambulatorio para atenciones por Trastornos de Salud Mental, luego de aplicado el Deducible; excepto los numerales 2 y 3 del Art. 9 de las Condiciones Generales de este Contrato	n/a	n/a	n/a	USD. 250
ATENCIÓN PREHOSPITALARIA				
Servicio local de Ambulancia terrestre, fluvial o aéreo legalmente autorizado por la Autoridad Sanitaria Nacional, únicamente en el País de Residencia	Monto total de cobertura	Monto total de cobertura	USD. 1,000	n/a
Servicio local de Ambulancia terrestre, fluvial o aéreo legalmente autorizado por la Autoridad Sanitaria Nacional, luego de aplicado el Deducible	n/a	n/a	n/a	USD. 100

	Meridian II	Plan Azure	Plan Ideal	Support	
ATENCIÓN HOSPITALARIA					
Atención Hospitalaria incluye visita médica, cuidados de enfermería, interconsultas profesionales, Cuidados Paliativos y demás beneficios descritos en las Condiciones Generales de este Contrato. 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		n/a
Atención Hospitalaria incluye visita médica, cuidados de enfermería, interconsultas profesionales, Cuidados Paliativos y demás beneficios descritos en las Condiciones Generales de este Contrato. En el caso de Cuarto y Alimento, Unidad de Cuidados Intensivos se sujetarán a sus propios límites	n/a	n/a	n/a	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	
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	n/a	USD. 50,000		n/a
Tratamiento médico para Accidentes y Emergencias fuera de la Red de Proveedores Red Azure en los Estados Unidos de América	n/a	USD. 50,000	n/a		n/a
ATENCIÓN DE EMBARAZO	APLICA ÚNICAMENTE PARA DEDUCIBLES HASTA USD. 5.000	APLICA ÚNICAMENTE PARA DEDUCIBLES HASTA USD. 2.500	APLICA ÚNICAMENTE PARA DEDUCIBLES HASTA USD. 2.500	APLICA ÚNICAMENTE PARA DEDUCIBLES HASTA USD. 2.500	APLICA ÚNICAMENTE PARA DEDUCIBLES HASTA USD. 2.500
Atención de Embarazo incluye legrados en abortos no punibles siempre y cuando estos sean indicados como procedimiento terapéutico por un Médico	n/a	n/a	n/a	Monto total de cobertura	

	Meridian II	Plan Azure	Plan Ideal	Support
Atención de Embarazo incluye legrados en abortos no punibles siempre y cuando estos sean indicados como procedimiento terapéutico por un Médico (Aplica únicamente para Deducible opciones I, II, III) sin aplicación de Deducible ni Copago	USD. 7,500	USD. 5,000	USD. 2,500	n/a
Atención de Embarazo incluye legrados en abortos no punibles siempre y cuando estos sean indicados como procedimiento terapéutico por un Médico para embarazos a consecuencia de tratamientos de infertilidad, en el caso de que el embarazo dure menos de treinta y dos (32) semanas, únicamente en el País de Residencia (Aplica únicamente para Deducible opciones I, II, III) sin aplicación de Deducible ni Copago **	USD. 3,750	USD. 2,500	USD. 1,250	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 para embarazos y cuidados neonatales a consecuencia de tratamientos de infertilidad, en el caso de que el embarazo dure menos de treinta y dos (32) semanas, únicamente en el País de Residencia sin aplicación de Deducible (Aplica únicamente para Deducible opciones I, II, III) **	USD. 3,750	USD. 2,500	USD. 1,250	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
ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO				
Atención del recién nacido y sus complicaciones (De una maternidad cubierta o inclusión intraútero)	Monto total de cobertura	Monto total de cobertura	Monto total de cobertura	Monto total de cobertura
Atención del recién nacido y sus complicaciones (De una maternidad cubierta o inclusión intraútero) por embarazo a consecuencia de tratamientos de infertilidad, en el caso de que el embarazo dure menos de treinta y dos (32) semanas, únicamente en el País de Residencia	USD. 50,000	USD. 25,000	USD. 25,000	n/a
CLÁSULAS CONTRACTUALES OBLIGATORIAS				
Enfermedades Crónicas, Catastróficas y Raras sobrevinientes a la suscripción de este Contrato	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

	Meridian II	Plan Azure	Plan Ideal	Support
Prestaciones de Prevención Primaria únicamente en el País de Residencia, de acuerdo a lo estipulado en el Capítulo XXVII Prestaciones con Tarifa Cero de las Condiciones Generales	Monto total de cobertura	Monto total de cobertura	Monto total de cobertura	n/a
Prestaciones de Prevención Primaria de acuerdo a lo estipulado en el Capítulo XXVII Prestaciones con Tarifa Cero de las Condiciones Generales de este Contrato	n/a	n/a	n/a	Monto total de cobertura
Otras que determine la Autoridad Sanitaria Nacional	USD. 500	USD. 500	USD. 500	USD. 500

PROHIBICIONES A LAS EXCLUSIONES

No se puede excluir individual o colectivamente la cobertura de atenciones por condiciones laborales o profesionales. Sin embargo, se puede ajustar las primas y/o cuotas de acuerdo con el riesgo.	Monto total de cobertura	Monto total de cobertura	Monto total de cobertura	Monto total de cobertura
Respecto al consumo de alcohol, drogas y estupefacientes, las únicas exclusiones permitidas son las Enfermedades, Lesiones, secuelas y complicaciones producto de actos tipificados como faltas a la ley, infracciones, contravenciones y/o delitos.	USD. 500	USD. 500	USD. 500	USD. 500
No se podrá excluir la cobertura para atención de emergencia para condiciones que sean consecuencias de intento de suicidio, producto de Enfermedad mental de base orgánica.	USD. 500	USD. 500	USD. 500	USD. 500

OTRAS PRESTACIONES SANITARIAS

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 suscripción de este Contrato	Monto total de cobertura	Monto total de cobertura	Monto total de cobertura	Monto total de cobertura
Enfermedades Degenerativas sobrevinientes a la suscripción de este Contrato	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
Trasplante de Órganos para donante y receptor	USD. 3,500,000	USD. 2,500,000	USD. 500,000 1,000,000	USD. 250,000

	Meridian II	Plan Azure	Plan Ideal	Support
OTRAS COBERTURAS				
Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida SIDA y lo relacionado a HIV Positivo	n/a	n/a	n/a	USD. 10,000
Límite máximo para cobertura de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida SIDA y lo relacionado a HIV Positivo, diagnosticado a partir del mes trece (13) de la suscripción de este Contrato, 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 y lo relacionado a HIV Positivo, diagnosticado en los primeros doce (12) meses de la suscripción de este Contrato 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
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 Contrato, 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	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
Gastos médicos causados a consecuencia de Lesiones que surjan como resultado del servicio activo en calidad de Policía, de miembro de las Fuerzas Armadas, Cuerpo de Bomberos o de Empresas de Seguridad	USD. 500	USD. 500	USD. 500	USD. 500
Tratamiento para Lesiones como consecuencia de la participación en competencias, demostraciones o entrenamientos de Deportes Profesionales, por la cual el Titular y/o Dependientes reciban una compensación monetaria o beneficio financiero	USD. 500	USD. 500	USD. 500	USD. 500

	Meridian II	Plan Azure	Plan Ideal	Support
Equipos médicos duraderos, prótesis y dispositivos ortopédicos por Año Contrato, 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
Chequeo médico rutinario, para Titular y cónyuge o compañero en unión de hecho, sin aplicación de Deducible, luego de un (1) año de afiliación continua bajo este Contrato (Límite máximo por chequeo)	USD. 300	USD. 250	USD. 150	n/a
Cirugía robótica	En el País de Residencia: USD. 25,000 Fuera del País de Residencia: Monto total de cobertura	En el País de Residencia: USD. 25,000 Fuera del País de Residencia: Monto total de Cobertura	En el País de Residencia: USD. 25,000 Fuera del País de Residencia: Monto total de cobertura	En el País de Residencia: USD. 25,000 Fuera del País de Residencia: Monto total de cobertura
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	USD. 500
Emergencia Médica relacionada a una Condición Preexistente no declarada, por Titular y/o Dependiente	USD. 500	USD. 500	USD. 500	USD. 500
CONDICIONES PREEXISTENTES				
Límite Máximo por Año Contrato para todas las Condiciones Preexistentes declaradas, por Titular y/o Dependiente	20 SBU	20 SBU	20 SBU	20 SBU
Límite Máximo por Año Contrato para Condiciones Preexistentes relacionadas a una discapacidad, por Titular y/o Dependiente	20 SBU	20 SBU	20 SBU	20 SBU
COBERTURA PARA CÁNCER, INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA, ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR Y/O TRASPLANTE DE ÓRGANOS				
Cáncer, Insuficiencia Renal Crónica, Enfermedad Cardiovascular por Año Contrato	n/a	n/a	n/a	USD. 1,000,000*
Trasplante de Órganos por Año Contrato	n/a	n/a	n/a	USD. 500,000**

Meridian II

Plan Azure

Plan Ideal

Support

* En adición al monto máximo de cobertura por Año Contrato 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

EXONERACIÓN DE CUOTAS

Exoneración de cuotas en caso de fallecimiento o Incapacidad Total y Permanente del Titular	2 años	2 años	2 años	1 año
---	--------	--------	--------	-------