

CUADRO DE BENEFICIOS:

GASTOS HOSPITALARIOS Y AMBULATORIOS	MONTOS DE COBERTURA	
	Plan \$ 10.000	Plan \$ 6.000
Límite máximo por Incapacidad	\$ 10,000.00	\$ 6,000.00
Cuarto y Alimento diario al 100% hasta	\$ 90.00	\$ 90.00
Unidad de terapia intensiva	80%	80%
Unidad de neonatología	80%	80%
Deducible anual por persona	\$ 100.00	\$ 90.00
Copago	80/20	80/20
Período de Incapacidad (El límite máximo de cobertura será restituida al 100% en cada renovación)	365 días	365 días
Valor tope consulta médica	\$ 35.00	\$ 35.00
Ambulancia al 100% hasta	\$ 380.00	\$ 300.00
Emergencia por accidente al 100% hasta (La diferencia al 80% luego de aplicado el deducible)	\$ 600.00	\$ 600.00
Gastos de sepelio titular y dependiente al 100% hasta	\$ 2,000.00	\$ 1,500.00
Maternidad al 100% hasta (Incluye parto normal, aborto no provocado y cesárea)	\$ 1,200.00	\$ 1,000.00