

		Prestadores de Servicios de Salud			Financiamiento / Coberturas	Relación con Contratante		
		RED SALUDSA	LIBRE ELECCION PRESTADORES	RED SALUDSA CARE		Afiliado	Beneficiarios	
					MÁXIMOS ESTABLECIDOS POR MONTO O PORCENTAJE DE COBERTURA, PERIODO DE CARENCIA, CANTIDAD, DEDUCIBLE NIVEL 7		Cónyuge	Hijo / hijastro
Prestaciones Médicas/Sanitarias Financieras								
Montos máximos, deducibles, límites y tarifarios	Monto Máximo de Cobertura Anual Nacional por enfermedad				\$50.000	✓	✓	✓
	Deducible anual por persona nacional				\$50			
	Periodo de Enfermedad				365 días	✓	✓	✓
	Aplica a Tarifarios por Procedimientos para planes Corporativos				7	✓	✓	✓
Hospitalarias	Atención hospitalaria, ambulancia por transferencia o movilización entre establecimientos sanitarios, servicios hospitalarios, visita médica, cuidados enfermería, interconsultas médicas, laboratorio clínico y anatomopatológico, imagen, Medicamentos intrahospitalarios, insumos y dispositivos médicos, rehabilitación intrahospitalaria, apoyo psicológico durante la estancia intrahospitalaria.	✓	✓		90% dentro de la red y 80% fuera de la red con aplicación de deducible	✓	✓	✓
	Financiamiento Hospitalario de enfermedades congénitas, genéticas, hereditarias, crónicas, catastróficas; sobrevinientes a la fecha de inicio de vigencia del producto (aplica monto y período de carencia en caso de corresponder a una preexistencia declarada)							
	Cuarto y alimento diario hasta	✓	✓		Hasta \$250 al 100% sin aplicación de deducible	✓	✓	✓
	Terapia intensiva sin límite de días y Honorarios Médicos	✓	✓		Acorde a la cobertura hospitalaria	✓	✓	✓
Por Trasplantes	Financiamiento de trasplante no experimental, pre trasplante, pos trasplante para paciente por año (incluye consultas médicas de especialidad, laboratorio, imagen, Medicamentos, procedimientos, cuarto y alimento, servicios y atención hospitalaria general, visita médica, cuidados de enfermería, interconsultas, cuidados intensivos, insumos y dispositivos médicos, Honorarios Médicos, rehabilitación física y complicaciones médicas resultantes)	✓			\$50,000 al 90% ambulatorio con aplicación de deducible y 90% hospitalario con aplicación de deducible	✓	✓	✓
	Financiamiento de trasplante no experimental de donante vivo, pre trasplante, pos trasplante para donante por año (incluye consultas médicas, laboratorio, imagen, Medicamentos, procedimientos, cuarto y alimento, servicios hospitalarios, visita médica, cuidados de enfermería, interconsultas, cuidados intensivos, insumos médicos, Honorarios Médicos, rehabilitación física a excepción de complicaciones médicas resultantes)	✓			\$5,000 al 90% ambulatorio con aplicación de deducible y 90% hospitalario con aplicación de deducible	✓	✓	✓
Ambulatoria	Financiamiento Ambulatorio: Consulta Médica, Laboratorio Clínico, Imagen, Procedimientos menores, Terapias.	✓	✓		80% con aplicación de deducible, fuera del cuadro direccionado	✓	✓	✓
		✓			90% sin aplicación de deducible, dentro del cuadro direccionado	✓	✓	✓
	Hospital del día: servicios hospitalarios, cuidados enfermería, interconsultas médicas, laboratorio clínico y anatomopatológico, imagen, medicamentos, insumos y dispositivos médicos, honorarios médicos.	✓	✓		90% dentro de la red y 80% fuera de la red con aplicación de deducible	✓	✓	✓
	Medicamentos Ambulatorios Red SALUDSA	✓			80% sin aplicación de deducible	✓	✓	✓
	Medicamentos Ambulatorios Libre Elección (Prestadores Privados No Afiliados)		✓		80% con aplicación de deducible	✓	✓	✓
	Emergencia Médica por accidente o enfermedad a nivel local	✓	✓		90% dentro de la red y 80% fuera de la red con aplicación de deducible	✓	✓	✓
	Urgencia Médica por accidente o enfermedad a nivel local	✓	✓		90% dentro de la red y 80% fuera de la red con aplicación de deducible	✓	✓	✓
	Urgencia Médica durante viajes al exterior por enfermedad o accidente		✓		Hasta \$20.000	✓	✓	✓
	Monto máximo por consulta médica ambulatoria	✓	✓	✓	UIO \$60 GYE \$80	✓	✓	✓

	Terapias (rehabilitación física, respiratoria y de lenguaje) por enfermedad por usuario.	✓	✓	✓	35 Terapias por enfermedad por usuario hasta \$40 c/u	✓	✓	✓
	Consultas para Homeopatía, Acupuntura, Quiropraxia y Bioenergética por año	✓	✓	✓	90% dentro de la red y 80% fuera de la red con aplicación de deducible	✓	✓	✓
	Financiamiento de Enfermedades Psiquiátricas de Base Orgánica y psicológicas por año (aplica únicamente para consultas)	✓	✓	✓	Hasta \$300 al 90% dentro de la red y 80% fuera de la red con aplicación de deducible	✓		
	Ambulancia terrestre nacional por año	✓	✓	✓	100% sin aplicación de deducible hasta \$400	✓	✓	✓
	Ambulancia aérea y fluvial nacional por año	✓	✓	✓	\$8.000	✓	✓	✓
	Tratamiento de sustitución de la función renal	✓	✓	✓	90% dentro de la red y 80% fuera de la red con aplicación de deducible	✓	✓	✓
Servicios Médicos a Domicilio	Número de consultas médicas generales a domicilio por año (Aplica para las ciudades de Quito y Guayaquil)			✓	Ilimitado	✓	✓	✓
Preexistencias Declaradas	Financiamiento Preexistencias declaradas Anual	✓	✓	✓	Hasta el monto máximo por enfermedad contratado	✓	✓	✓
Condiciones Especiales de Financiamiento	Emergencia Médica en caso de mora (incluye todo el equipamiento, insumos y Medicamentos necesarios) hasta la estabilización ambulatoria del paciente	✓	✓	✓	\$500	✓	✓	✓
Maternidad	Monto Máximo por Conjunto de Prestaciones/monto maternidad Hospitalario y Ambulatorio (incluye atención prenatal, natal y post natal) para maternidades de curso normal, maternidades complicadas y emergencias obstétricas	✓	✓	✓	Hasta \$3000 al 80% con aplicación de deducible	✓	✓	
	Financiamiento hospitalario para parto, cesárea, embarazo ectópico y aborto no provocado, así como los servicios de neonatología de acuerdo al monto total de maternidad	✓	✓	✓	Aplica cobertura del monto máximo por conjunto de prestaciones/monto de maternidad ambulatorio y hospitalario	✓	✓	
	Financiamiento ambulatorio de acuerdo al monto total de maternidad (Incluye controles prenatales)	✓	✓	✓	Aplica cobertura del monto máximo por conjunto de prestaciones/monto de maternidad ambulatorio y hospitalario.	✓	✓	
	Vitaminas y vacunas maternas (incluidos en el monto de maternidad)	✓	✓	✓	Aplica cobertura del monto máximo por conjunto de prestaciones/monto de maternidad ambulatorio y hospitalario	✓	✓	
	Cobertura consulta odontológicas			✓	2 consultas	✓	✓	✓
Recién Nacido	Atención integral o complicaciones del recién nacido a término, pretérmino o postérmino, atención perinatal (en caso de contar con la tarifa que cubre al recién nacido y haya sido reportado hasta 120 días de gestación)	✓	✓	✓	90% dentro de la red y 80% fuera de la red con aplicación de deducible			✓
	Complicaciones del recién nacido a término, pre termino o pos termino, atención perinatal (en caso de no contar con la tarifa que cubre al recién nacido) hasta el día 28 de su nacimiento.	✓	✓	✓	Hasta \$2.000 al 90% ambulatorio con aplicación de deducible y 90% hospitalario con aplicación de deducible			✓
	Control niño sano desde el nacimiento hasta los 5 años (en caso de ser Usuario), incluye vacunas aprobadas por el MSP	✓	✓	✓	Hasta \$1.500 al 100% sin aplicación de deducible hasta los 5 años			✓
Discapacidades	Financiamiento anual de discapacidad (20 salarios básicos unificados) amparados en una acreditación del 40% de su condición según la Ley y Normativa vigentes	✓	✓	✓	Hasta 20 salarios básicos unificados al 90% dentro de la red y 80% fuera de la red con aplicación de deducible	✓	✓	✓
	Cobertura de examen pap test por control. Se cubre también la consulta médica al valor de Tarifario por Procedimiento del plan. No aplica atenciones masivas.	✓	✓	✓	Hasta \$100 al 100% sin aplicación de deducible una vez por año	✓	✓	
	Cobertura de vasectomía	✓	✓	✓	Hasta \$1.500 al 100% sin aplicación de deducible	✓	✓	
	Cobertura de ligadura	✓	✓	✓	Hasta \$1.500 al 100% sin aplicación de deducible	✓	✓	
	Cobertura de prótesis no dental siempre que estos sean prescritos y justificados por el médico tratante bajo una enfermedad cubierta	✓	✓	✓	Al 80% con aplicación de deducible una vez al año	✓	✓	✓
	Cobertura de vitaminas cuando sean parte del tratamiento de una enfermedad cubierta y cuando sean prescritas por un médico.	✓	✓	✓	90% dentro de la red y 80% fuera de la red con aplicación de deducible	✓	✓	✓

Otras Coberturas	Cobertura de alérgenos cuando sean parte del tratamiento de una enfermedad cubierta y cuando sean prescritas por un médico. No se cubre medicamento inmunostimulante o inmunomoduladora.	✓	✓	90% dentro de la red y 80% fuera de la red con aplicación de deducible	✓	✓	✓
	Se cubre cirugía de Eximer Láser a partir de las 6 dioptrías con previa autorización por parte de SALUDSA.	✓	✓	80% con aplicación de deducible una vez al año hasta \$800 por ojo	✓	✓	✓
	Cobertura de mamografía por control. Se cubre también la consulta médica al valor de Tarifario por Procedimiento del plan. No aplica atenciones masivas.	✓	✓	Hasta \$100 al 100% sin aplicación de deducible una vez por año a partir de los 40 años	✓	✓	
	Cobertura de examen de antígeno prostático por control. No aplica atenciones masivas.	✓	✓	Hasta \$100 al 100% sin aplicación de deducible una vez por año a partir de los 40 años	✓	✓	
	Extracción de terceros molares. No aplica para atenciones masivas.	✓	✓	Hasta \$300 al 100% sin aplicación de deducible una vez al año: Requiere radiografía tomada antes de la extracción	✓	✓	✓
	Cobertura de medias elásticas	✓	✓	Hasta \$50 al 100% sin aplicación de deducible	✓	✓	
	Cobertura audífonos	✓	✓	Hasta \$400 al 100% sin aplicación de deducible una vez al año	✓		
	Cobertura de leche medicada cuando sea parte del tratamiento de una enfermedad cubierta por contrato y sea prescrita por un médico	✓	✓	Hasta \$1.200 al 80% con aplicación de deducible hasta que cumpla los 15 años			✓
	Cobertura de cama de acompañante diario	✓	✓	Hasta \$100 al 100% sin aplicación de deducible hasta los 18 años y a partir de los 65 años	✓	✓	✓
	Cobertura consulta Optométrica y Oftalmológica, marcos, lentes de contacto y cristales ópticos. No aplica atenciones masivas.	✓	✓	Hasta \$80 al 100% sin aplicación de deducible	✓	✓	✓
	Cobertura de plantillas ortopédicas	✓	✓	Hasta \$350 al 80% sin aplicación de deducible una vez al año.	✓	✓	✓
	Cobertura de zapatos ortopédicos cuando sean parte del tratamiento de una enfermedad.	✓	✓	Hasta \$350 al 80% sin aplicación de deducible hasta que cumpla 12 años			✓
	Cobertura de suministros y aparatos ortopédicos, cuando sean ordenados por el médico tratante, como parte del tratamiento de una enfermedad o accidente ocurridos dentro de la vigencia del contrato	✓	✓	Hasta \$1.500 al 70% sin aplicación de deducible	✓	✓	✓
	Cobertura de alquiler y/o compra de muletas y silla de ruedas.	✓	✓	Hasta \$350 al 100% sin aplicación de deducible una vez al año	✓	✓	✓
	Otras Cobertura	Cobertura para problemas de crecimiento	✓	✓	90% dentro de la red y 80% fuera de la red con aplicación de deducible	✓	✓
Para el tratamiento de enfermedades dermatológicas cubiertas dentro del plan, sólo se otorgará cobertura a productos que tienen fines curativos. No se cubrirán preparados dermatológicos no medicados, emolientes, humectantes, despigmentantes, bloqueadores solares, productos de aseo general, etc.		✓	✓	90% dentro de la red y 80% fuera de la red con aplicación de deducible	✓	✓	✓
Cobertura de terapia de dolor, dentro de una hospitalización, cuando sea prescrita por un médico, y su administración sea razonable y necesaria para el tratamiento de una patología con cobertura por contrato, como cualquier enfermedad.		✓	✓	90% dentro de la red y 80% fuera de la red con aplicación de deducible	✓	✓	✓
Cuidados paliativos domiciliarios / Hospitalarios por año hasta (incluye visitas médicas, cuidados de enfermería, Medicamentos, terapia respiratoria y terapia del dolor por un período de 15 días)		✓	✓	90% dentro de la red y 80% fuera de la red con aplicación de deducible	✓	✓	✓
Gastos médicos presentados bajo influencia del alcohol y/o estupefacientes, siempre y cuando no estén asociados a actos calificados como faltas a la Ley		✓	✓	90% dentro de la red y 80% fuera de la red con aplicación de deducible	✓	✓	✓
Cobertura de lesiones por secuestro y/o HMAAC AMIT (huelga, motín, asonada, conmoción civil y actos mal intencionados a terceros) siempre que el afiliado no esté participando voluntariamente. Se incluye ingesta no voluntaria de escopolamina y sustancias similares. SALUDSA se reserva el derecho de solicitar los documentos necesarios que respalden la cobertura.		✓	✓	90% dentro de la red y 80% fuera de la red con aplicación de deducible	✓	✓	✓
Cobertura de cirugía plástica dental a consecuencia de Accidente		✓	✓	90% dentro de la red y 80% fuera de la red con aplicación de deducible	✓	✓	✓
Cobertura de cirugía plástica no dental a consecuencia de lesiones por Accidente o Enfermedad cubiertas por el contrato.		✓	✓	90% dentro de la red y 80% fuera de la red con aplicación de deducible	✓	✓	✓

Se cubren las lesiones o Accidentes ocurridos por la práctica de deportes siempre y cuando no sean de carácter profesional	✓	✓	90% dentro de la red y 80% fuera de la red con aplicación de deducible	✓	✓	✓
En caso de fallecimiento del Afiliado los Beneficiarios tendrán cobertura del Plan sin costo alguno hasta el vencimiento del presente contrato, siempre que los mismos se hubieren encontrado bajo cobertura al momento del fallecimiento. Aplica sólo reembolso.	✓	✓	Si aplica		✓	✓
Plan exequial		✓	Si aplica	✓	✓	✓

Montos Máximos de cobertura para Otros Prestadores de Servicios Médicos. Ambulatorio: 80% hasta \$300, Hospitalario: 80% hasta \$500. Deducible Ambulatorio y Hospitalario en este tipo de prestadores desde \$500 hasta \$1000.

El Contratante y sus Usuarios recibirá únicamente las coberturas seleccionadas en el presente Anexo en función de los valores acordados en los montos de cobertura, porcentaje, cantidad de prestaciones, periodos de Carencia, Deducibles, edad y relación con Afiliado.

Las Redes a las cuales se hacen referencia en este anexo de Financiamiento / Cobertura de Prestaciones Médicas son:

1. Red de Prestadores de Servicios Médicos Afiliados (Red Saludsa): Red de prestadores de servicios de salud que tengan suscrito un contrato con SALUDSA. Está compuesta por los establecimientos prestadores de servicios de salud, profesionales de la salud, otros profesionales relacionados con la salud servicios farmacéuticos, de apoyo diagnóstico y terapéutico.
2. Prestadores de Servicios Médicos Privados No Afiliados (Libre Elección prestadores privados): Son los prestadores de servicios de salud privados, que no tienen relación comercial con SALUDSA, (establecimientos, profesionales, servicios farmacéuticos y de apoyo diagnóstico) a quienes el Usuario puede acudir para recibir la prestación sanitaria en las modalidades abierta o de libre elección.
- 3.- Red de Prestadores de Servicios Médicos Afiliados Específicos (Red Saludsa Care): Es la red de prestadores de servicios de salud que tengan suscrito un contrato con SALUDSA destinados a ofrecer prestaciones sanitarias específicas.
4. Otros Prestadores de Servicios Médicos No Afiliados: Son los prestadores de servicios de salud no comprendidos en la Red de Prestadores de Servicios de Salud Afiliados, ni en los Prestadores de Servicios de Salud Privados.

SALUDSA para nominar a las redes para fines comerciales y de mayor entendimiento del Contratante.

El monto del máximo por enfermedad se restituirá automáticamente luego de transcurridos los 365 días de enfermedad o en la renovación del Contrato, lo que ocurra primero.

Período de Enfermedad para enfermedades de ciclo corto es de 90 días, luego de eso se aplicará el Deducible correspondiente en este Anexo.

Cirugías Nasales.- Cobertura de cirugías nasales no estéticas, como cualquier enfermedad únicamente con pre-autorización de SALUDSA con un mínimo de 72 horas de anticipación para Afiliados y Beneficiarios presentando los documentos de soporte necesarios (formulario médico, placas e informe de imagen diagnóstica realizada). Las cirugías nasales no pre-autorizadas por SALUDSA no tendrán cobertura. Los casos que se originen por accidente y comprometan la integridad de la nariz deberán ser notificados por el cliente a SALUDSA dentro de las 48 horas siguientes al evento y entregar todos los requisitos solicitados por Saludsa. SALUDSA se reserva el derecho de solicitar una segunda opinión según considere.

No se cubre atenciones masivas

		OBSERVACIONES
Periodo de Reembolsos	Período de presentación de reembolsos 90 días	
Periodo de reporte de Maternidad	<p>Se deberá notificar el embarazo dentro de los primeros 120 días de gestación, tomando como fecha de inicio del embarazo el primer día de la última menstruación (FUM), de acuerdo a las siguientes condiciones:</p> <p>Los titulares deberán constar en la condición de Titular más familia mínimo 30 días antes de la gestación.</p> <p>a.- Los Afiliados o cónyuges que se encuentren amparadas y cancelando tarifa de Afiliado más Familia (AF) de acuerdo al período de carencia detallado en este Anexo.</p> <p>b.- Las Afiliadas solas (AA) deben cancelar la tarifa inmediata superior de manera retroactiva a partir de la fecha de la última menstruación (FUM).</p> <p>c.- Las Afiliados o cónyuges que se encuentren en la tarifa de Afiliado más un Beneficiario (A1) deben cancelar la tarifa Afiliado más Familia (AF) de manera retroactiva a partir de la fecha de la última menstruación (FUM). En el caso de que exista un aborto (no provocado) o un embarazo ectópico se pagará dentro del monto de maternidad y el Afiliado no podrá regresar a la cobertura anterior hasta la renovación del presente contrato. SALUDSA se reserva el derecho de solicitar los documentos necesarios para la evaluación y aplicación de la cobertura de la maternidad.</p>	
Periodo de Carencia	<p>El período de carencia para enfermedades nuevas es de CERO días</p> <p>El período de carencia para enfermedades preexistentes es de CERO días</p> <p>El período de carencia para maternidad es de 30 días calendario contados desde la fecha FUM acordado entre las partes.</p>	

Firma Contratante: _____