



Grupal 7G 50

	NACIONAL	INTERNACIONAL Clínica Universidad de Navarra (Ver detalle en anexo de Financiamiento Clínica Universidad de Navarra) VER ANEXO 3	Red Saludsa	Libre elección (Privados)	Red Saludsa Care	Financiamiento/ Coberturas Aplica a Tarifarios por Procedimientos <b>NIVEL 7</b>
Monto máximo de cobertura anual	\$50.000	ILIMITADO				
Deducible Anual	\$400	\$5.000 por enfermedad				
<b>Prestaciones Médicas/Sanitarias</b>						
<b>Hospitalarias</b>	Terapia Intensiva, atención hospitalaria, ambulancia por transferencia o movilización entre establecimientos sanitarios, cuarto y alimento, servicios hospitalarios, visita médica, cuidados enfermería, interconsultas médicas, laboratorio clínico y anatomopatológico, imagen, medicamentos intrahospitalarios, insumos y dispositivos médicos, honorarios médicos, rehabilitación intrahospitalaria, apoyo psicológico durante la estancia intrahospitalaria. Financiamiento Hospitalario de enfermedades congénitas, genéticas, hereditarias, crónicas, catastróficas; sobrevenientes a la fecha de inicio de vigencia del producto (aplica monto y período de carencia en caso de corresponder a una preexistencia declarada).		✓	✓		100%
<b>Por trasplantes</b>	Financiamiento de Trasplante no experimental, Pretrasplante, Postrasplante para paciente por año (incluye consultas médicas de especialidad, laboratorio, imagen, medicamentos, procedimientos, cuarto y alimento, servicios hospitalarios, visita médica, cuidados de enfermería, interconsultas, cuidados intensivos, insumos y dispositivos médicos, honorarios médicos, rehabilitación física y complicaciones médicas resultantes).		✓	✓		Ambulatorio 80%, Hospitalario 100% hasta \$ 10.000
	Financiamiento de Trasplante no experimental de donante vivo, Pretrasplante, Postrasplante 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).		✓	✓		Ambulatorio 80%, Hospitalario 100% hasta \$ 5.000
<b>Ambulatoria</b>	Financiamiento Ambulatorio: Consulta Médica, Laboratorio Clínico, Imagen, Procedimientos menores, Terapias. Hospital del día: servicios hospitalarios, cuidados enfermería, interconsultas médicas, laboratorio clínico y anatomopatológico, imagen, medicamentos, insumos y dispositivos médicos, honorarios médicos. Financiamiento Ambulatorio de enfermedades congénitas, genéticas, hereditarias, crónicas, catastróficas; sobrevenientes a la fecha de inicio de vigencia del producto (aplica monto y período de carencia en caso de corresponder a una preexistencia declarada). Estudios Anatomopatológicos, Genéticos y para enfermedades congénitas para confirmar un diagnóstico. Urgencia Médica (incluye consulta, procedimientos menores, medicamentos necesarios, exámenes de laboratorio clínico e imagen).		✓	✓		80%
	Medicamentos Ambulatorios (Principales cadenas de farmacias del país).		✓			80% genérica / 60% marca
	Medicamentos Ambulatorios Libre Elección.			✓		40% genérica / 30% marca
	Emergencia Médica (incluye la atención prehospitalaria, todo el equipamiento, insumos, medicamentos necesarios, exámenes de laboratorio clínico e imagen y procedimientos).		✓	✓		100%
	Monto máximo por consulta médica ambulatoria.		✓	✓	✓	\$62,49
	Terapias (rehabilitación física, respiratoria y de lenguaje) por año por Usuario.		✓	✓		20 sesiones
	Número de consultas para homeopatía, acupuntura y quiropraxia por año.		✓	✓		12 consultas
	Financiamiento de enfermedades psiquiátricas de base orgánica y psicológicas por año (aplica únicamente para consultas).				✓	80% hasta \$90
	Asesoría nutricional por año.				✓	80% hasta \$50
	Prevenición (consultas médicas, laboratorio clínico, imagen, procedimientos y medicinas incluidas en el MAIS) por ciclo de vida y por año.				✓	80% hasta \$50
	Ambulancia terrestre nacional por año.		✓	✓		80% hasta \$250
	Ambulancia Aérea y Fluvial Nacional por año.		✓	✓		\$2.000
Tratamiento de sustitución de la función renal: Atención Ambulatoria en prestadores habilitados para pacientes con insuficiencia renal crónica terminal mediante diálisis peritoneal o hemodiálisis (aplica monto y período de Carencia en caso de preexistencia).		✓	✓		80%	
<b>Servicios médicos a domicilio</b>	Número de consultas médicas generales a domicilio por año.				✓	Ilimitadas (aplica Copago de acuerdo al sector donde se realice la visita)
	Número de Consultas Médicas de Especialidad a Domicilio por año.				✓	2
<b>Preexistencias declaradas</b>	Financiamiento Preexistencias Anual inmediato, contados a partir de la suscripción del usuario en el producto (Aplica cuando la afiliación corresponda a una Clase Elegible de la empresa).		✓	✓	✓	Ambulatorio 80%, Hospitalario 100% Hasta \$2.000
	Financiamiento Preexistencias Anual a partir del mes 13, contados a partir de la suscripción del usuario en el producto (Aplica cuando la afiliación no se realizó bajo Clase Elegible).		✓	✓	✓	Ambulatorio 80%, Hospitalario 100% Hasta \$2.000
	Financiamiento Preexistencias anual a partir del mes 25, contados a partir de la suscripción del usuario en el producto. (Los montos máximos por preexistencias no se suman entre sí aún cuando estén determinados por diferentes tipos de Red; Aplica Grupal Elegible y Voluntario).		✓	✓	✓	Ambulatorio 80%, Hospitalario 100% hasta \$ 4.000
<b>Financiamiento prestación odontológica para titular</b>	Examen clínico y diagnóstico, rayos-x (periapicales), fase higiénica (profilaxis), consulta con especialista, urgencias.				✓	100%
	Resina simple (1 superficie), resina compuesta (2 superficies), resina compleja (3 o más superficies), extracciones simples.				✓	70%
<b>Condiciones Especiales de Financiamiento</b>	Emergencia médica en caso de mora (incluye todo el equipamiento, insumos y Medicamentos necesarios) hasta la estabilización ambulatoria del paciente.		✓	✓		80% hasta \$500
	Emergencia médica de preexistencias en período de Carencia (incluye todo el equipamiento, insumos y Medicamentos necesarios).		✓	✓		80% hasta \$500
	Chequeos prenatales para embarazo no cubierto desarrollado durante el período de Carencia (consultas médicas ginecológicas, ultrasonidos, laboratorio clínico e imagen).				✓	80% hasta \$100

Prestaciones Médicas/Sanitarias		Red Saludsa	Libre elección (Privados)	Red Saludsa Care	Financiamiento/ Coberturas Aplica a Tarifarios por Procedimientos <b>NIVEL 7</b>
Maternidad	Monto Máximo por conjunto de prestaciones/monto maternidad Hospitalario y Ambulatorio (incluye controles prenatales) para maternidades de curso normal, embarazo ectópico, maternidades complicadas y emergencias obstétricas.	✓	✓		Hasta \$4.500
	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 SIN CARENCIA (Cobertura aplica para Clase Elegible).	✓	✓		Hasta \$2.250
	Financiamiento Hospitalario para parto, cesárea, embarazo ectópico y aborto no provocado, así como los servicios de neonatología de acuerdo al monto total de maternidad (cuando se haya realizado inclusión intraútero).	✓	✓		100% hasta monto Maternidad
	Financiamiento ambulatorio de acuerdo al monto total de maternidad (incluye controles prenatales).	✓	✓		80% hasta monto Maternidad
	Complicaciones maternas después del parto y alumbramiento (incluye en caso necesario uso de servicio de cuidados intensivos).	✓	✓		100% hasta \$4.500
	Vitaminas y vacunas maternas (incluidos en el monto de maternidad).	✓	✓		80% hasta \$500
	Consultas odontológicas.			✓	2
Recién Nacido	Atención integral o complicaciones del recién nacido a término, pretérmino o posttérmino, atención perinatal (en caso de realizar inclusión intraútero).	✓	✓		100% hospitalario, 80% ambulatorio hasta el monto máximo del producto contratado para el neonato
	Complicaciones del recién nacido a término, pretérmino o posttérmino, atención perinatal (en caso de no realizar inclusión intraútero) hasta el día 28 de su nacimiento.	✓	✓		Cobertura hospitalaria 100% hasta \$1.000
	Control niño sano desde el nacimiento hasta los dos años según prestaciones de tarifa (en caso de ser Usuario).	✓	✓		Una consulta por mes y \$500 por año para vacunación (aplica deducible y copago)
Otras coberturas	Monto Máximo del conjunto de prestaciones por prótesis e implantes no dentales, stents al 70% por beneficiario hasta (no incluye prótesis de titanio, ni aparatos ortopédicos).	✓	✓		\$16.000
	Cuidados paliativos domiciliarios / hospitalarios y de largo plazo domiciliarios / hospitalarios por año hasta (incluye visitas médicas, cuidados de enfermería, Medicamentos, terapia respiratoria y procedimientos por un período de 15 días).			✓	Ambulatorio 80%, Hospitalario 100% hasta \$500
	Monto Máximo del conjunto de prestaciones por cirugía reconstructiva oncológica incluye terapia intensiva, atención hospitalaria, ambulancia por traslado interhospitalario, cuarto y alimentos, servicios hospitalarios, visita médica, cuidados enfermería, interconsultas médicas, laboratorio clínico y anatomopatológico, imagen, Medicamentos intrahospitalarios, insumos y dispositivos médicos, Honorarios Médicos, rehabilitación intrahospitalaria, apoyo psicológico durante la estancia intrahospitalaria, prótesis no dental.	✓	✓		Ambulatorio 80%, Hospitalario 100% hasta \$ 1.500
Discapacidades	Financiamiento anual de discapacidad (20 salarios básicos unificados) amparados en una acreditación del 40% de su condición según la Ley y Normativa vigente.	✓	✓	✓	Ambulatorio 80%, hospitalario 100% hasta 20 salarios básicos unificados
Otros Beneficios	Saludsa Travel: Asistencia médica para viajes al exterior por placer o negocios (sin deducible por viaje).	✓	✓		Aplica para titular \$50.000

**TABLA DE PORCENTAJES DE FINANCIAMIENTO NIVEL 7 EN RELACIÓN A OTROS NIVELES DE PRESTADORES**

Nivel de prestador	Prestadores Nacionales			Otros no afiliados
	Red Saludsa	Libre elección (Privados)		
	Red Saludsa Care			
Hospitalario	NIVEL 3	100%	100%	100% hasta \$1.000
	NIVEL 4	100%	100%	
	NIVEL 5	100%	100%	
	NIVEL 6	100%	100%	
	<b>NIVEL 7</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	
Ambulatorio	NIVEL 3	80%	80%	80% hasta \$500
	NIVEL 4	80%	80%	
	NIVEL 5	80%	80%	
	NIVEL 6	80%	80%	
	<b>NIVEL 7</b>	<b>80%</b>	<b>80%</b>	

**Coberturas en Otros Prestadores de Servicios Médicos No Afiliados.-** Hospitalarias, por trasplantes: 100% hasta \$1000. Ambulatoria: 80% hasta \$500. Monto máximo por consulta médica ambulatoria: \$15. Condiciones especiales de Financiamiento: 80% hasta \$500. Maternidad: hasta \$1.000. Recién nacido: 100% hasta \$500. Discapacidades: de acuerdo al monto ambulatorio y hospitalario detallado en otros prestadores no afiliados.

Carencias	
Emergencia médica	24 horas
Apendicectomía	Inmediato
Ambulatoria	30 días
Hospitalaria, Hospital del día, Discapacidades	90 días
Maternidad	<p><b>Con Carencia:</b> 45 días desde la suscripción para la concepción (Aplica Afiliación Clase Elegible o Voluntaria)</p> <p><b>Sin Carencia:</b> con monto hasta \$450 (no aplica inclusión intraútero) Aplica para afiliación Clase Elegible</p>
Carencia Odontológica	60 días
Carencia Preexistencias afiliación Clase elegible.	0 días
Carencia Preexistencias afiliación Voluntaria	360 días

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

- 1.- Red de Prestadores de Servicios de Salud Afiliados:** Es la 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.- Red de Prestadores de Servicios de Salud Afiliados Específicos (Red de Prestadores de Servicios de Salud Afiliados):** Es la red de prestadores de servicios de salud que tengan suscrito un contrato con SALUDSA destinados a ofrecer prestaciones sanitarias específicas.

**3. Prestadores de Servicios de Salud Privados No Afiliados (Prestadores de Servicios de Salud 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.

**4. Otros Prestadores de Servicios de Salud No Afiliados (Otros Prestadores de Servicios de Salud):** 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.

**Monto Máximo de Cobertura anual** se refiere al Monto Máximo Establecido para el Producto definido en el contrato.

**Emergencia Médica cuando no esté en mora y no exista preexistencia:** La emergencia médica iniciará con un financiamiento directo mínimo de \$500 a favor del Prestador de Servicios de Salud, luego del cumplimiento de procesos de Auditoría Médica de Pertinencia, se podrá financiar hasta el monto total de cobertura de acuerdo a las condiciones establecidas en este anexo.

Todos los **porcentajes de cobertura y valores** se aplicarán de acuerdo a: Tarifario por Procedimientos por nivel, Anexo Financiamiento/Cobertura de Prestaciones Médicas, Tabla de Porcentajes de Financiamiento, siempre y cuando las prestaciones sanitarias brindadas sean razonables y estén dentro de la práctica médica habitual.

Para obtener el financiamiento de Maternidad la concepción debe producirse una vez cumplidos los 45 días del periodo de carencia.

Se podrá **incluir a un neonato** cuya maternidad tenga cobertura acorde a las condiciones del plan desde la semana 12 hasta la semana 28 de gestación cumpliendo los requisitos establecidos por SALUDSA. Si la solicitud de inclusión no se realizara hasta la semana 28 de gestación se deberá esperar al nacimiento para realizarla, cumplir con los requisitos establecidos y el neonato será incluido dentro de las condiciones que establece la cláusula de nuevos dependientes, sin cobertura retroactiva.

**Los montos máximos** por conjunto de prestación no se suman entre sí, aun cuando estén determinados por diferentes tipos de prestadores de servicios de salud. En **hospitalización** se bonificará un máximo de una visita médica diaria. SALUDSA tiene la facultad de revisar y modificar la clasificación de niveles en cualquier momento, si así lo estima conveniente. Es recomendable que cada vez que se requiera una atención con un Médico o Entidad inscrita, el Usuario consulte en los canales web de Saludsa, el nivel en el que se está clasificando el Médico y el prestador a ser utilizado, de forma tal que pueda obtener una mejor cobertura y servicio.

Las prestaciones sanitarias no detalladas en el presente anexo no tendrán cobertura. En los servicios hospitalarios el valor por administración de medicamentos financiados tienen una cobertura del 15%. Esto no afecta la cobertura de medicamentos determinados en el anexo.

\*SALUDSA podrá nombrar a las redes para fines comerciales y de mayor entendimiento del Contratante.

Para obtener el beneficio del Producto Empresarial los afiliados deberán trabajar para el contratante mínimo 40 horas semanales. La empresa Contratante deberá estar legalmente Constituida en el Ecuador.

**Tipos de contratación:**

- 1. Clase Elegible:** Requiere la afiliación de al menos el 80% de los empleados de una Clase Elegible con un mínimo de 5 empleados, este porcentaje (80%) y la cantidad mínima requerida (5 empleados) deberá mantenerse durante la vigencia de este contrato caso contrario no será elegible para este plan. Si una empresa no mantiene el 80% de sus empleados y sin embargo mantiene al menos 5 empleados no podrá acceder a las coberturas establecidas para Clase Elegible establecidas en este Anexo.
- 2. Voluntaria:** Requiere la afiliación del al menos 5 empleados de la empresa. La cantidad mínima requerida (5 empleados) deberá mantenerse durante la vigencia de este contrato caso contrario no será elegible para este producto.