

	Monto máximo de cobertura anual (por enfermedad por usuario) (1)	\$50.000	
	Deducible Anual por persona	<input type="checkbox"/> \$100 Ambulatorio/Hospitalario <input type="checkbox"/> \$200 Ambulatorio/Hospitalario <input type="checkbox"/> \$500 Ambulatorio/Hospitalario	<input type="checkbox"/> \$1.500 Hospitalario <input type="checkbox"/> \$2.500 Hospitalario <input type="checkbox"/> \$5.000 Hospitalario
	Modalidad mixta	Tarifario Saludsa +	



Coberturas	Prestaciones sanitarias (anual por enfermedad por usuario)	RED CERRADA			RED ABIERTA		
		Copago	Sub límites / Topes máximo de cobertura (número y valor a ser cubierto)	Carencia	Copago	Sub límites / Topes máximo de cobertura (número y valor a ser cubierto)	Carencia
Hospitalarias (Clínica y/o Quirúrgica)	Servicios hospitalarios	10%	Hasta \$50.000	90 días	30%	Hasta \$50.000	90 días
	Cuarto y Alimento (privada/semiprivada estándar)	10%	Hasta \$180	90 días	30%	Hasta \$180	90 días
	Honorarios Médicos hospitalarios (médico/cirujano)	10%	Hasta \$50.000	90 días	30%	Hasta \$50.000	90 días
	Gastos para acompañante	10%	Hasta \$500	90 días	30%	Hasta \$500	90 días
Ambulatoria	Hospital del Día (Clínica y/o Quirúrgica) Servicios hospitalarios, cuidados de enfermería, infusión de medicamentos, honorarios médicos.	20%	Hasta \$50.000	90 días	30%	Hasta \$50.000	90 días
	Consulta médica, laboratorio clínico, imagen, procedimientos menores.	20%	Hasta \$50.000	30 días	30%	Hasta \$35 por consulta Hasta \$50.000	30 días
	Consultas médicas generales a domicilio ilimitadas	20%	Hasta \$50.000	30 días	30%	Hasta \$35 por consulta Hasta \$50.000	30 días
	Medicamentos (genérico o comercial)	30%	Hasta \$50.000	30 días	40%	Hasta \$50.000	30 días
	Medicamentos de tratamiento continuo (genérico)	20%	Hasta \$50.000	30 días	30%	Hasta \$50.000	30 días
	Medicamentos de tratamiento continuo (comercial)	40%	Hasta \$50.000	30 días	40%	Hasta \$50.000	30 días
	Terapias, incluye: rehabilitación física, respiratoria, lenguaje y cardíaca.	20%	Hasta 30 terapias de cada tipo	30 días	30%	Hasta \$20 por terapia Hasta 30 terapias de cada tipo	30 días
	Consultas y terapias de medicina natural, homeopática, bioenergética, moxibustión, acupuntura y quiropraxia, medicina ancestral en primer nivel de atención, con Registro Sanitario y debidamente autorizados.	0%	Hasta \$400	30 días	0%	Hasta \$40 por visita Hasta \$400	30 días
	Prehospitalario	Ambulancia terrestre nacional para atención prehospitalaria	0%	Hasta \$500	24 horas Emergencia / 30 días ambulatorio / 90 días hospitalario	0%	Hasta \$500
Ambulancia aérea y fluvial nacional		0%	Hasta \$2.000	24 horas Emergencia / 30 días ambulatorio / 90 días hospitalario	0%	Hasta \$2.000	24 horas Emergencia / 30 días ambulatorio / 90 días hospitalario
Coberturas obligatorias	Enfermedad catastróficas y crónicas sobrevinientes a la contratación	Ambulatorio 20% Hospitalario 10%	Hasta \$50.000	30 días ambulatorio / 90 días hospitalario	Ambulatorio 30% Hospitalario 30%	Hasta \$50.000	30 días ambulatorio / 90 días hospitalario
	Enfermedad catastróficas, raras, y huérfanas sobrevinientes a la contratación: Alimentación enteral, parenteral, y complementos alimenticios prescritos; y, tratamiento de patologías aplicables.	Ambulatorio 20% Hospitalario 10%	Hasta \$600	30 días ambulatorio / 90 días hospitalario	Ambulatorio 30% Hospitalario 30%	Hasta \$600	30 días ambulatorio / 90 días hospitalario
	Emergencia y Urgencia médica o por Accidente. Urgencia médica: En la eventualidad de que una urgencia Triage 3 en la Escala de Manchester, requiera observación menor a 24 horas en el servicio de emergencias, recibirá cobertura como consulta de emergencia.	Ambulatorio 20% Hospitalario 10%	Hasta \$50.000	24 horas	Ambulatorio 30% Hospitalario 30%	Hasta \$50.000	24 horas
	Tarifa Cero: Aplica de acuerdo al Anexo de Tarifa Cero según género y grupo etéreo.	20%	Hasta \$50.000	30 días	---	---	---
Cobertura Preexistencias Declaradas	Financiamiento preexistencias anual a partir del mes 13 al 24, contados a partir de la suscripción y/o inclusión del Usuario en el Producto. Aplica condiciones del Producto contratado.	Ambulatorio 20% Hospitalario 10%	Hasta \$700	12 meses	Ambulatorio 30% Hospitalario 30%	Hasta \$700	12 meses
	Financiamiento de preexistencias anual a partir del mes 25, contados a partir de la suscripción y/o inclusión del Usuario en el Producto: 1.- Los montos anuales registrados aplican para todas las Enfermedades preexistentes declaradas. 2.- Aplica condiciones del Producto contratado.	Ambulatorio 20% Hospitalario 10%	Hasta 20 SBU	24 meses	Ambulatorio 30% Hospitalario 30%	Hasta 20 SBU	24 meses
Cobertura bajo Condiciones Especiales	Emergencia Médica en caso de: mora, exclusiones, preexistencias y hospitalizaciones en periodo de carencia hospitalaria. Urgencia Médica en caso de: exclusiones, preexistencias y hospitalizaciones en periodo de carencia hospitalaria.	Ambulatorio 20% Hospitalario 10%	Hasta \$150	24 horas	Ambulatorio 30% Hospitalario 30%	Hasta \$150	24 horas
Maternidad	Maternidad (incluye atención prenatal, perinatal, natal, post natal). (2) Carencia contada desde la suscripción para la concepción	Ambulatorio 20% Hospitalario 10%	Hasta \$2.500	45 días	Ambulatorio 30% Hospitalario 30%	Hasta \$2.500	45 días
Complicaciones Maternas	Complicaciones maternas después del parto y alumbramiento, este monto es adicional al monto de cobertura de maternidad.	Hospitalario 10%	Hasta \$2.000	45 días	Hospitalario 30%	Hasta \$2.000	45 días
Maternidades en período de carencia	Tarifa Cero cuyo detalle se muestra a continuación: Consultas prenatales.	20%	Hasta 6 consultas	0 días	30%	Hasta 6 consultas	0 días
	Consultas odontológicas durante el embarazo	20%	Hasta 2 consultas	0 días	30%	Hasta 2 consultas	0 días
	Exámenes de laboratorio: biometría hemática, hematocrito, elemental y microscópico de orina, tipificación de grupo y factor sanguíneo, TP, TTP, urea, glucosa y creatinina, VDRL, tamizaje de VIH, STORCH con IgG e IgM, PapTest antes de las 20 semanas	20%	1 vez durante el embarazo	0 días	30%	1 vez durante el embarazo	0 días

Coberturas	Prestaciones sanitarias (anual por enfermedad por usuario)	RED CERRADA			RED ABIERTA		
		Copago	Sub_límites / Topes máximo de cobertura (número y valor a ser cubierto)	Carencia	Copago	Sub_límites / Topes máximo de cobertura (número y valor a ser cubierto)	Carencia
Recién nacido (NO afiliado intraútero)	Cuando la maternidad no se haya dado en periodo de carencia, tenga cobertura y el recién nacido NO sea Beneficiario del Producto: 1. Cobertura del recién nacido sin complicaciones, atención perinatal hasta el día 7 desde su nacimiento.	Hospitalario 10%	Hasta \$250	0 días	Hospitalario 30%	Hasta \$250	0 días
	2. Cobertura del recién nacido con complicaciones a término, pretérmino o posttérmino, atención perinatal hasta el día 28 desde su nacimiento.	Hospitalario 10%	Hasta \$750	0 días	Hospitalario 30%	Hasta \$750	0 días
Recién nacido (afiliado intraútero)	Cobertura del recién nacido (cuando sea Beneficiario del Producto)	Ambulatorio 20% Hospitalario 10%	Hasta \$50.000	30 días ambulatorio / 90 días hospitalario	Ambulatorio 30% Hospitalario 30%	Hasta \$50.000	30 días ambulatorio / 90 días hospitalario
Prohibición a la exclusión	Financiamiento por año para Enfermedades Psiquiátricas de Base Orgánica, psicológicas, Medicamentos para su tratamiento. Terapias de reposo, trastornos de la conducta alimentaria, del desarrollo psicomotor, atención por abuso de alcohol, drogas, psicotrópicos, estupefacientes, químicos o de intentos autolíticos y estudios polisomnográficos. Incluye atención de emergencias para condiciones que sean consecuencias de intento de suicidio, producto de enfermedad mental de base orgánica.	20%	Hasta \$350	30 días ambulatorio / 90 días hospitalario	20%	Hasta \$350	30 días ambulatorio / 90 días hospitalario
Otras coberturas	Oncológico, sobreviviente a la contratación	Ambulatorio 20% Hospitalario 10%	Hasta \$50.000	30 días ambulatorio / 90 días hospitalario	Ambulatorio 30% Hospitalario 30%	Hasta \$50.000	30 días ambulatorio / 90 días hospitalario
	Tratamiento de sustitución de la función renal: Atención Ambulatoria en prestadores habilitados para pacientes con insuficiencia renal crónica terminal mediante diálisis peritoneal o hemodiálisis, sobreviviente a la contratación	Ambulatorio 20% Hospitalario 10%	Hasta \$50.000	30 días ambulatorio / 90 días hospitalario	Ambulatorio 30% Hospitalario 30%	Hasta \$50.000	30 días ambulatorio / 90 días hospitalario
	Enfermedades degenerativas, raras, congénitas, genéticas y hereditarias sobrevivientes a la contratación.	Ambulatorio 20% Hospitalario 10%	Hasta \$50.000	30 días ambulatorio / 90 días hospitalario	Ambulatorio 30% Hospitalario 30%	Hasta \$50.000	30 días ambulatorio / 90 días hospitalario
	Trasplantes: receptor	10%	Hasta \$35.000	90 días	30%	Hasta \$35.000	90 días
	Trasplantes: Donante definitivo - Vivo: Proceso de pretrasplante, trasplante y posttrasplante, complicaciones hasta el primer control. - Cadavérico: incluye únicamente la procuración del órgano a ser trasplantado. Monto Incluido en monto máximo de trasplante para receptor.	10%	Hasta \$6.000	90 días	30%	Hasta \$6.000	90 días
	Cobertura vitalicia para el tratamiento médico ambulatorio y hospitalario de obesidad con IMC mayor a 40 sobreviviente a la contratación, así como cirugía metabólica. La cobertura vitalicia se refiere a aquella que dispone el Usuario durante su permanencia en el Contrato suscrito con Saludsa, independientemente de la vigencia del mismo.	Ambulatorio 20% Hospitalario 10%	Hasta \$500	30 días ambulatorio / 90 días hospitalario	Ambulatorio 30% Hospitalario 30%	Hasta \$400	30 días ambulatorio / 90 días hospitalario
	Prótesis, implante endovascular, coils, implantes no dentales y material de osteosíntesis (no incluye impuestos)	30%	Hasta \$15.000	30 días ambulatorio / 90 días hospitalario	30%	Hasta \$15.000	30 días ambulatorio / 90 días hospitalario
	Asesoría y terapia nutricional por año (incluye consulta, planes nutricionales para tratamientos asociados a un trastorno de malnutrición debidamente diagnosticado por un especialista acreditado).	20%	Hasta \$350	30 días ambulatorio / 90 días hospitalario	20%	Hasta \$350	30 días ambulatorio / 90 días hospitalario
	Fórmulas alimenticias medicadas (requiere prescripción médica y Diagnóstico).	20%	Hasta \$150	30 días	20%	Hasta \$150	30 días
	Cuidados para la atención integral del Usuario en caso de requerir cuidados paliativos en el domicilio y/u hospitalario.	Ambulatorio 20% Hospitalario 10%	Hasta \$1.000	30 días ambulatorio / 90 días hospitalario	Ambulatorio 30% Hospitalario 30%	Hasta \$1.000	30 días ambulatorio / 90 días hospitalario
	Métodos anticonceptivos temporales por año: barrera, hormonales. Con prescripción médica en farmacias autorizadas por la Autoridad Competente.	0%	Hasta \$20	30 días	0%	Hasta \$20	30 días
	Métodos anticonceptivos definitivos.	Ambulatorio 20% Hospitalario 10%	Hasta \$800	90 días	Ambulatorio 30% Hospitalario 30%	Hasta \$800	90 días
	Alquiler de cualquier equipo o aparato médico ambulatorio: silla de ruedas, muletas, andadores, bastones. Alquiler de equipos para la medición, monitoreo, infusión de Medicamentos, soporte de funciones vitales para uso domiciliario. Así como los dispositivos médicos, necesarios para su utilización y funcionamiento, además del suministro de cualquier gas medicinal para uso domiciliario.	0%	Hasta \$200	30 días	0%	Hasta \$200	30 días
	Vitaminas, siempre y cuando estén relacionados a una deficiencia de la vitamina y sean parte del tratamiento de una Enfermedad	Ambulatorio 20% Hospitalario 10%	Hasta \$50.000	30 días ambulatorio / 90 días hospitalario	Ambulatorio 30% Hospitalario 30%	Hasta \$50.000	30 días ambulatorio / 90 días hospitalario
	Prestaciones odontológicas por Accidentes.	Ambulatorio 20% Hospitalario 10%	Hasta \$400	24 horas	Ambulatorio 30% Hospitalario 30%	Hasta \$400	24 horas
	Terapia del dolor no relacionada a cuidados paliativos (requiere prescripción médica y Diagnóstico)	Ambulatorio 20% Hospitalario 10%	Hasta \$1.000	30 días ambulatorio / 90 días hospitalario	Ambulatorio 30% Hospitalario 30%	Hasta \$1.000	30 días ambulatorio / 90 días hospitalario
	Zapatos y plantillas ortopédicas (Con prescripción médica)	20%	Hasta \$80	30 días	20%	Hasta \$80	30 días
Vacunas Control niño sano hasta los 2 años de edad: BCG, HB, Rotavirus, IPV, bOPV, Pentavalente, Neumococo, Difteria, Tétanos, Tosferina, Sarampión, Rubeola, Parotiditis, Varicela. Administradas por un prestador autorizado.	20%	Hasta \$300	30 días	20%	Hasta \$300	30 días	



Coberturas	Prestaciones sanitarias (anual por enfermedad por usuario)	RED CERRADA			RED ABIERTA		
		Copago	Sub_límites / Topes máximo de cobertura (número y valor a ser cubierto)	Carencia	Copago	Sub_límites / Topes máximo de cobertura (número y valor a ser cubierto)	Carencia
Otras coberturas	Paptest ó Antígeno Prostático preventivo	20%	Hasta 1 al año	30 días	20%	Hasta 1 al año	30 días
	Control niño sano hasta los 2 años de edad, en caso de ser beneficiario, por año (adicional a Tarifa Cero)	20%	Hasta 12 consultas	30 días	30%	Hasta 12 consultas	30 días
	Prestaciones de Salud de profesionales de salud y/o prestadores médicos que no cuenten con las acreditaciones y habilitaciones otorgadas por las autoridades competentes	20%	Hasta \$80	30 días ambulatorio / 90 días hospitalario	20%	Hasta \$80	30 días ambulatorio / 90 días hospitalario
Discapacidades	Discapacidad preexistente amparados en la acreditación de dicha condición según la Ley y normativa vigente, de acuerdo a las condiciones del Producto contratado (monto incluido en los 20 salarios básicos unificados por concepto de preexistencias).	Ambulatorio 20% Hospitalario 10%	Hasta 20 SBU	3 meses	Ambulatorio 30% Hospitalario 30%	Hasta 20 SBU	3 meses

Servicios adicionales sin costo adicional (Estos servicios los podrá revisar en los documentos correspondientes)	Cobertura Internacional: Alta Especialización Plus Clínica Universidad de Navarra (CUN) (Este servicio lo podrá revisar en los documentos correspondientes)
	Saludsa Travel \$ 30.000: Asistencia médica para viajes al exterior por placer o negocios (sin Deducible por viaje) (Este servicio lo podrá revisar en los documentos correspondientes)
	Saludsa Dental Básico (Este servicio lo podrá revisar en los documentos correspondientes)

Condiciones Específicas para este Producto

1.- Para todas las coberturas de las Prestaciones de Salud de este Producto, se aplicarán Copagos y Deducibles, a menos que en esta Tabla de Coberturas se especifique lo contrario. Saludsa podrá modificar el Copago, y/o Tarifario por Procedimientos SALUDSA en beneficio del Usuario, para tal efecto notificará oportunamente la vigencia y condiciones del beneficio, de acuerdo a la cláusula de notificaciones del Contrato.

2.- Los sublímites indicados en cada una de las coberturas para red cerrada y red abierta, no deberán interpretarse o entenderse como montos independientes entre cada red, sino que dicho monto es y será aplicado en conjunto para las dos redes, de acuerdo al producto contratado.

Referencias específicas para este Producto

(1) Monto Máximo por Producto anual nacional por enfermedad por usuario. Contiene límites y sublímites distribuidos para los distintos tipos de modalidades y coberturas.

(2) Para recibir cobertura de maternidad se debe cumplir lo detallado en el contrato, cláusula vigésima cuarta, condiciones necesarias para el financiamiento de la maternidad e inclusión intraútero.

La firma del Contratante en este documento refleja la aceptación de las condiciones en las cuales se ha emitido el Contrato en su beneficio y el de los Beneficiarios

Firma Contratante

Saludsa Sistema de Medicina Prepagada del Ecuador S.A.

Código de Aprobación ACCESS N°: 025-010-170

Ligado al Contrato ACCESS N°: 025-CI-012

La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control asignó al presente formulario de suscripción el registro No. 56968 otorgado con oficio No. SCVS-IRQ-DRS-2023-00106368-O del 31 de octubre de 2023.

