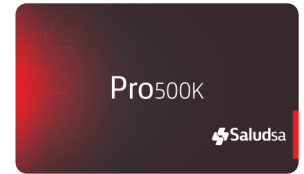


Pro500K	Monto máximo de cobertura anual (por enfermedad por usuario) (1)	\$500.000	
	Deducible Anual por persona	<input type="checkbox"/> \$200 Ambulatorio/Hospitalario <input type="checkbox"/> \$400 Ambulatorio/Hospitalario	<input type="checkbox"/> \$2.500 Hospitalario <input type="checkbox"/> \$5.000 Hospitalario <input type="checkbox"/> \$10.000 Hospitalario
	Modalidad mixta	Tarifario aplicable 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	0%	Hasta \$500.000	90 días	10%	Hasta \$500.000	90 días
	Cuarto y alimento (privada/semiprivada/estándar)	0%	Hasta \$250		10%	Hasta \$250	
	Honorarios Médicos hospitalarios	0%	Hasta \$500.000		10%	Hasta \$500.000	
	Gastos para acompañante por día hasta 15 días.	0%	Hasta \$60		10%	Hasta \$60	
	Trasplantes: receptor	0%	Hasta \$250.000		10%	Hasta \$250.000	
	Trasplantes: Donante definitivo Vivo: Proceso de pretrasplante, trasplante y postrasplante, complicaciones mientras esté hospitalizado. Cadavérico: incluye únicamente la procuración del órgano a ser trasplantado. Monto Incluido en monto máximo de trasplante para receptor.	0%	Hasta \$25.000		10%	Hasta \$25.000	
Atención médica ambulatoria	Hospital del Día (Clínica y/o Quirúrgica) Servicios hospitalarios, cuidados de enfermería, infusión de medicamentos, Honorarios Médicos.	10%	Hasta \$500.000	90 días	20%	Hasta \$500.000	90 días
	Consulta médica, laboratorio clínico, imagen, procedimientos menores.	10%	Hasta \$500.000	30 días	20%	Hasta \$500.000	30 días
	Medicamentos (genérico o comercial)	20%	Hasta \$500.000		30%	Hasta \$500.000	
	Medicamentos de tratamiento continuo (genérico o comercial)	30%	Hasta \$500.000		40%	Hasta \$500.000	
	Terapias, incluye: rehabilitación física, respiratoria, lenguaje y cardíaca.	10%	Hasta 30 terapias de cada tipo	20%	Hasta 30 terapias de cada tipo		
	Vitaminas, siempre y cuando esten relacionados a una deficiencia de la vitamina y sean parte del tratamiento de una Enfermedad	Ambulatorio 10% Hospitalario 0%	Hasta \$500.000	30 días ambulatorio / 90 días hospitalario	Ambulatorio 20% Hospitalario 10%	Hasta \$500.000	30 días ambulatorio / 90 días hospitalario
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 \$500	30 días	0%	Hasta \$500	30 días	
Prehospitalario	Ambulancia terrestre nacional para atención prehospitalaria	0%	Hasta \$500	24 horas Emergencia / 30 días ambulatorio / 90 días hospitalario	0%	Hasta \$500	24 horas Emergencia / 30 días ambulatorio / 90 días hospitalario
	Ambulancia aérea y fluvial nacional	0%	Hasta \$2.000		0%	Hasta \$2.000	
Coberturas obligatorias	Enfermedades catastróficas y crónicas sobrevinientes a la contratación	Ambulatorio 10% Hospitalario 0%	Hasta \$500.000	30 días ambulatorio / 90 días hospitalario	Ambulatorio 20% Hospitalario 10%	Hasta \$500.000	30 días ambulatorio / 90 días hospitalario
	Emergencia y Urgencia médica o por Accidente	Ambulatorio 10% Hospitalario 0%	Hasta \$500.000	24 horas	Ambulatorio 20% Hospitalario 10%	Hasta \$500.000	24 horas
	Tarifa Cero: Aplica de acuerdo al Producto contratado y al Anexo de Tarifa Cero según género y grupo etáreo	10%	Hasta \$500.000	30 días	20%	Hasta \$500.000	30 días
Servicios Médicos a Domicilio	Consultas médicas generales a domicilio ilimitadas	10%	Hasta \$500.000	30 días	20%	Hasta \$500.000	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 10% Hospitalario 0%	Hasta \$900	12 meses	Ambulatorio 20% Hospitalario 10%	Hasta \$900	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 10% Hospitalario 0%	Hasta 20 SBU	24 meses	Ambulatorio 20% Hospitalario 10%	Hasta 20 SBU	24 meses
Cobertura bajo Condiciones Especiales	Emergencia y Urgencia Médica en caso de: exclusiones, preexistencias y hospitalizaciones en periodo de carencia hospitalaria.	Ambulatorio 10% Hospitalario 0%	Hasta \$250	24 horas	Ambulatorio 20% Hospitalario 10%	Hasta \$250	24 horas
Maternidad	Maternidad (incluye atención prenatal, perinatal, natal, post natal). (2) Carencia contada desde la suscripción para la concepción	Ambulatorio 10% Hospitalario 0%	Hasta \$4.000	45 días	Ambulatorio 20% Hospitalario 10%	Hasta \$4.000	45 días
Complicaciones Maternas	Complicaciones maternas después del parto y alumbramiento, este monto es adicional al monto de cobertura de maternidad.	Hospitalario 0%	Hasta \$20.000	45 días	Hospitalario 10%	Hasta \$20.000	45 días
Maternidades en período de carencia	Tarifa Cero cuyo detalle se muestra a continuación: Consultas prenatales	10%	Hasta 6 consultas	0 días	20%	Hasta 6 consultas	0 días
	Consultas odontológicas durante el embarazo	10%	Hasta 2 consultas		20%	Hasta 2 consultas	
	Exámenes de laboratorio: biometría hemática, hematócrito, 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	10%	1 vez durante el embarazo		20%	1 vez durante el embarazo	



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 0%	Hasta \$250	0 días	Hospitalario 10%	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 0%	Hasta \$750		Hospitalario 10%	Hasta \$750	
Recién nacido (afiliado intraútero)	Cobertura del recién nacido (cuando sea Beneficiario del Producto)	Ambulatorio 10% Hospitalario 0%	Hasta \$500.000	30 días ambulatorio / 90 días hospitalario	Ambulatorio 20% Hospitalario 10%	Hasta \$500.000	30 días ambulatorio / 90 días hospitalario
Prohibición a la exclusión	Asesoría y terapia nutricional por año (incluye consulta, planes nutricionales para tratamientos asociados a un trastorno de malnutrición debidamente diagnosticado por un especialista acreditado).	0%	Hasta \$600	30 días ambulatorio / 90 días hospitalario	0%	Hasta \$600	30 días ambulatorio / 90 días hospitalario
	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.	0%	Hasta \$600		0%	Hasta \$600	
	Fórmulas alimenticias medicadas (requiere prescripción médica y Diagnóstico).	0%	Hasta \$400	30 días	0%	Hasta \$400	30 días
	Cuidados para la atención integral del Usuario en caso de requerir cuidados paliativos en el domicilio y/u hospitalario.	Ambulatorio 10% Hospitalario 0%	Hasta \$3.000	30 días ambulatorio / 90 días hospitalario	Ambulatorio 20% Hospitalario 10%	Hasta \$3.000	30 días ambulatorio / 90 días hospitalario
	Métodos anticonceptivos temporales por año: barrera, hormonales. Con prescripción médica en farmacias autorizadas.	0%	Hasta \$20	30 días	0%	Hasta \$20	30 días
	Métodos anticonceptivos definitivos.	Ambulatorio 10% Hospitalario 0%	Hasta \$1.500	90 días	Ambulatorio 20% Hospitalario 10%	Hasta \$1.500	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 \$600	30 días	0%	Hasta \$600	30 días
	Prestaciones odontológicas por Accidentes.	Ambulatorio 10% Hospitalario 0%	Hasta \$800	24 horas	Ambulatorio 20% Hospitalario 10%	Hasta \$800	24 horas
Otras coberturas	Oncológico, sobreviviente a la contratación	Ambulatorio 10% Hospitalario 0%	Hasta \$500.000	30 días ambulatorio / 90 días hospitalario	Ambulatorio 20% Hospitalario 10%	Hasta \$500.000	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 10% Hospitalario 0%	Hasta \$500.000		Ambulatorio 20% Hospitalario 10%	Hasta \$500.000	
	Enfermedades degenerativas, raras, congénitas, genéticas y hereditarias sobrevivientes a la contratación	Ambulatorio 10% Hospitalario 0%	Hasta \$500.000		Ambulatorio 20% Hospitalario 10%	Hasta \$500.000	
	Cobertura vitalicia para el tratamiento médico ambulatorio y hospitalario de obesidad sobreviviente a la contratación, así como cirugía metabólica, a partir del día 90 al mes 24. 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 10% Hospitalario 0%	Hasta \$800		Ambulatorio 20% Hospitalario 10%	Hasta \$800	
	Cobertura vitalicia para el tratamiento médico ambulatorio y hospitalario de obesidad sobreviviente a la contratación, así como cirugía metabólica, a partir del mes 25. 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 10% Hospitalario 0%	Hasta \$2.000		Ambulatorio 20% Hospitalario 10%	Hasta \$2.000	
	Prótesis, implante endovascular, coils, implantes no dentales y material de osteosíntesis (no incluye impuestos)	30%	Hasta \$25.000		30%	Hasta \$25.000	
	Terapia del dolor no relacionada a cuidados paliativos (requiere prescripción médica y Diagnóstico)	Ambulatorio 10% Hospitalario 0%	Hasta \$3.000		Ambulatorio 20% Hospitalario 10%	Hasta \$3.000	
	Zapatos y plantillas ortopédicas (Con prescripción médica)	0%	Hasta \$100		0%	Hasta \$100	
	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.	0%	Hasta \$500		0%	Hasta \$500	
	Cheques preventivos (consultas médicas, laboratorio clínico incluido papanicolau y antígeno prostático, imagen, procedimientos, Medicamentos, inmunomoduladores) por año.	0%	Hasta \$200		0%	Hasta \$200	
	Control niño sano hasta los 2 años de edad, en caso de ser beneficiario, por año (adicional a Tarifa Cero)	10%	Hasta 12 consultas		20%	Hasta 12 consultas	
	Prestaciones de Salud de profesionales de salud y/o prestadores médicos que no cuenten con las acreditaciones y habilitaciones otorgadas por las autoridades competentes	0%	Hasta \$200		30 días ambulatorio / 90 días hospitalario	0%	
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 10% Hospitalario 0%	Hasta 20 SBU	3 meses	Ambulatorio 20% Hospitalario 10%	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)

Saludsa Travel \$ 60.000: Asistencia médica para viajes al exterior por placer o negocios (sin Deducible por viaje)

Saludsa Dental Básico



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.

(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°: 025-010-77
Ligado al Contrato ACCESS N°: 025-C16-2021

La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control asignó a la presente tabla de coberturas el registro No. 54911 otorgado con oficio No. SCVS-INS-DNCTSR-2022-00038116-O del 17 de junio de 2022.

