

<b>Sky70K</b>	Monto máximo de cobertura anual (por enfermedad por usuario) (1)	<b>\$70.000</b>	
	Deducible Anual por persona	<input type="checkbox"/> \$100 Ambulatorio/Hospitalario	<input type="checkbox"/> \$1.500 Hospitalario <input type="checkbox"/> \$2.500 Hospitalario <input type="checkbox"/> \$5.000 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
<b>Hospitalarias (Clínica y/o Quirúrgica)</b>	Servicios hospitalarios	0%	Hasta \$70.000	90 días	30%	Hasta \$70.000	90 días
	Cuarto y alimento (privada/semiprivada/estándar)	0%	Hasta \$180		30%	Hasta \$180	
	Honorarios Médicos hospitalarios	0%	Hasta \$70.000		30%	Hasta \$70.000	
	Gastos para acompañante por día hasta 15 días.	0%	Hasta \$40		30%	Hasta \$40	
	Consulta médica de control poshospitalaria (con el médico tratante de hospitalización) La cobertura está limitada de acuerdo en lo que indica cada red	0%	Hasta \$70.000		30%	Hasta \$400	
	Trasplantes: receptor	0%	Hasta \$35.000		30%	Hasta \$35.000	
	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 \$6.000		30%	Hasta \$6.000	
<b>Atención médica ambulatoria</b>	Hospital del Día (Clínica y/o Quirúrgica) Servicios hospitalarios, cuidados de enfermería, infusión de medicamentos, Honorarios Médicos.	20%	Hasta \$70.000	90 días	---	---	90 días
	Consulta médica, laboratorio clínico, imagen, procedimientos menores.	20%	Hasta \$70.000	30 días	---	---	30 días
	Medicamentos (genérico o comercial)	20%	Hasta \$70.000		---	---	
	Medicamentos de tratamiento continuo (genérico o comercial)	40%	Hasta \$70.000		---	---	
	Terapias, incluye: rehabilitación física, respiratoria, lenguaje y cardíaca.	20%	Hasta 30 terapias de cada tipo	---	---	---	
	Vitaminas, siempre y cuando estén relacionados a una deficiencia de la vitamina y sean parte del tratamiento de una Enfermedad	Ambulatorio 20% Hospitalario 0%	Hasta \$70.000	30 días ambulatorio / 90 días hospitalario	Hospitalario 30%	Hasta \$70.000	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 \$400	30 días	0%	Hasta \$400	30 días	
<b>Prehospitalario</b>	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	
<b>Coberturas obligatorias</b>	Enfermedad catastróficas y crónicas sobrevinientes a la contratación	Ambulatorio 20% Hospitalario 0%	Hasta \$70.000	30 días ambulatorio / 90 días hospitalario	Hospitalario 30%	Hasta \$70.000	30 días ambulatorio / 90 días hospitalario
	Emergencia y Urgencia médica o por Accidente	Ambulatorio 20% Hospitalario 0%	Hasta \$70.000	24 horas	Hospitalario 30%	Hasta \$70.000	24 horas
	Tarifa Cero: Aplica de acuerdo al Producto contratado y al Anexo de Tarifa Cero según género y grupo etáreo	20%	Hasta \$70.000	30 días	---	---	30 días
<b>Servicios Médicos a Domicilio</b>	Consultas médicas generales a domicilio ilimitadas	20%	Hasta \$70.000	30 días	---	---	30 días
<b>Cobertura Preexistencias Declaradas</b>	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 0%	Hasta \$700	12 meses	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 0%	Hasta 20 SBU	24 meses	Hospitalario 30%	Hasta 20 SBU	24 meses
<b>Cobertura bajo Condiciones Especiales</b>	Emergencia y Urgencia Médica en caso de: exclusiones, preexistencias y hospitalizaciones en periodo de carencia hospitalaria.	Ambulatorio 20% Hospitalario 0%	Hasta \$150	24 horas	Hospitalario 30%	Hasta \$150	24 horas
<b>Maternidad</b>	Maternidad (incluye atención prenatal, perinatal, natal, post natal). (2) Carencia contada desde la suscripción para la concepción	Ambulatorio 20% Hospitalario 0%	Hasta \$3.000	45 días	Hospitalario 30%	Hasta \$3.000	45 días
<b>Complicaciones Maternas</b>	Complicaciones maternas después del parto y alumbramiento, este monto es adicional al monto de cobertura de maternidad.	Hospitalario 0%	Hasta \$2.000	45 días	Hospitalario 30%	Hasta \$2.000	45 días
<b>Maternidades en periodo de carencia</b>	Tarifa Cero cuyo detalle se muestra a continuación: Consultas prenatales	20%	Hasta 6 consultas	0 días	---	---	0 días
	Consultas odontológicas durante el embarazo	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	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		
<b>Recién nacido (NO afiliado intraútero)</b>	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 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 0%	Hasta \$750		Hospitalario 30%	Hasta \$750			
<b>Recién nacido (afiliado intraútero)</b>	Cobertura del recién nacido (cuando sea Beneficiario del Producto)	Ambulatorio 20% Hospitalario 0%	Hasta \$70.000	30 días ambulatorio / 90 días hospitalario	Hospitalario 30%	Hasta \$70.000	30 días ambulatorio / 90 días hospitalario		
<b>Prohibición a la exclusión</b>	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 \$400	30 días ambulatorio / 90 días hospitalario	0%	Hasta \$400	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 \$400		0%	Hasta \$400			
	Fórmulas alimenticias medicadas (requiere prescripción médica y Diagnóstico).	0%	Hasta \$150	30 días	---	---	30 días		
	Cuidados para la atención integral del Usuario en caso de requerir cuidados paliativos en el domicilio y/u hospitalario.	Ambulatorio 20% Hospitalario 0%	Hasta \$1.000	30 días ambulatorio / 90 días hospitalario	Hospitalario 30%	Hasta \$1.000	30 días ambulatorio / 90 días hospitalario		
	Métodos anticonceptivos temporales por año: barrera, hormonales. Con prescripción médica en farmacias autorizadas.	0%	Hasta \$20	30 días	---	---	30 días		
	Métodos anticonceptivos definitivos.	Ambulatorio 20% Hospitalario 0%	Hasta \$1.000	90 días	Hospitalario 30%	Hasta \$1.000	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		
	Prestaciones odontológicas por Accidentes.	Ambulatorio 20% Hospitalario 0%	Hasta \$400	24 horas	Hospitalario 30%	Hasta \$400	24 horas		
<b>Otras coberturas</b>	Oncológico, sobreviniente a la contratación	Ambulatorio 20% Hospitalario 0%	Hasta \$70.000	30 días ambulatorio / 90 días hospitalario	Hospitalario 30%	Hasta \$70.000	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, sobreviniente a la contratación	Ambulatorio 20% Hospitalario 0%	Hasta \$70.000		Hospitalario 30%	Hasta \$70.000			
	Enfermedades degenerativas, raras, congénitas, genéticas y hereditarias sobrevinientes a la contratación	Ambulatorio 20% Hospitalario 0%	Hasta \$70.000		Hospitalario 30%	Hasta \$70.000			
	Cobertura vitalicia para el tratamiento médico ambulatorio y hospitalario de obesidad sobreviniente 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 20% Hospitalario 0%	Hasta \$400		Hospitalario 30%	Hasta \$400			
	Cobertura vitalicia para el tratamiento médico ambulatorio y hospitalario de obesidad sobreviniente 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 20% Hospitalario 0%	Hasta \$1.200		Hospitalario 30%	Hasta \$1.200			
	Prótesis, implante endovascular, coils, implantes no dentales y material de osteosíntesis (no incluye impuestos)	30%	Hasta \$15.000		Hospitalario 30%	Hasta \$15.000			
	Terapia del dolor no relacionada a cuidados paliativos (requiere prescripción médica y Diagnóstico)	Ambulatorio 20% Hospitalario 0%	Hasta \$1.000		Hospitalario 30%	Hasta \$1.000			
	Zapatos y plantillas ortopédicas (Con prescripción médica)	0%	Hasta \$80		0%	Hasta \$80			
	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 \$300		30 días	--		--	30 días
	Paptest ó Antígeno Prostático preventivo	0%	Hasta 1 al año		--	--		--	--
	Control niño sano hasta los 2 años de edad, en caso de ser beneficiario, por año (adicional a Tarifa Cero)	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 \$80		30 días ambulatorio / 90 días hospitalario	Hospitalario 0%		Hasta \$80	30 días ambulatorio / 90 días hospitalario
<b>Discapacidades</b>	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 0%	Hasta 20 SBU	3 meses	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)
Saludsa Travel \$ 30.000: 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.