

Star15K	Monto máximo de cobertura anual (por enfermedad por usuario) (1)	\$15.000	
	Deducible Anual por persona	<input type="checkbox"/> \$70 Ambulatorio/Hospitalario	<input type="checkbox"/> \$1.500 Hospitalario <input type="checkbox"/> \$2.500 Hospitalario
	Modalidad cerrada	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	10%	Hasta \$15.000	90 días	---	---	90 días
	Cuarto y alimento (privada/semiprivada/estándar)	10%	Hasta \$150		---	---	
	Honorarios Médicos hospitalarios	10%	Hasta \$15.000		---	---	
	Gastos para acompañante por día hasta 15 días.	10%	Hasta \$30		---	---	
	Trasplantes: receptor	10%	Hasta \$7.500		---	---	
	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.	10%	Hasta \$1.500		---	---	
Atención médica ambulatoria	Hospital del Día (Clínica y/o Quirúrgica) Servicios hospitalarios, cuidados de enfermería, infusión de medicamentos, Honorarios Médicos.	30%	Hasta \$15.000	90 días	---	---	90 días
	Consulta médica, laboratorio clínico, imagen, procedimientos menores.	30%	Hasta \$15.000	30 días	---	---	30 días
	Medicamentos (genérico o comercial)	30%	Hasta \$15.000		---	---	
	Medicamentos de tratamiento continuo (genérico o comercial)	40%	Hasta \$15.000		---	---	
	Terapias, incluye: rehabilitación física, respiratoria, lenguaje y cardíaca.	30%	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 30% Hospitalario 10%	Hasta \$15.000	30 días ambulatorio / 90 días hospitalario	---	---	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 \$250	30 días	0%	Hasta \$250	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 30% Hospitalario 10%	Hasta \$15.000	30 días ambulatorio / 90 días hospitalario	---	---	30 días ambulatorio / 90 días hospitalario
	Emergencia y Urgencia médica o por Accidente	Ambulatorio 30% Hospitalario 10%	Hasta \$15.000	24 horas	---	---	24 horas
	Tarifa Cero: Aplica de acuerdo al Producto contratado y al Anexo de Tarifa Cero según género y grupo etéreo	30%	Hasta \$15.000	30 días	---	---	30 días
Servicios Médicos a Domicilio	Consultas médicas generales a domicilio ilimitadas	30%	Hasta \$15.000	30 días	---	---	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 30% Hospitalario 10%	Hasta \$400	12 meses	---	---	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 30% Hospitalario 10%	Hasta 20 SBU	24 meses	---	---	24 meses
Cobertura bajo Condiciones Especiales	Emergencia y Urgencia Médica en caso de: exclusiones, preexistencias y hospitalizaciones en periodo de carencia hospitalaria.	Ambulatorio 30% Hospitalario 10%	Hasta \$50	24 horas	---	---	24 horas
Maternidad	Maternidad (incluye atención prenatal, perinatal, natal, post natal). (2) Carencia contada desde la suscripción para la concepción	Ambulatorio 30% Hospitalario 10%	Hasta \$1.000	45 días	---	---	45 días
Complicaciones Maternas	Complicaciones maternas después del parto y alumbramiento, este monto es adicional al monto de cobertura de maternidad.	Hospitalario 10%	Hasta \$500	45 días	---	---	45 días
Maternidades en período de carencia	Tarifa Cero cuyo detalle se muestra a continuación: Consultas prenatales	30%	Hasta 6 consultas	0 días	---	---	0 días
	Consultas odontológicas durante el embarazo	30%	Hasta 2 consultas		---	---	
	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	30%	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 10%	Hasta \$250	0 días	---	---	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		---	---			
Recién nacido (afiliado intraútero)	Cobertura del recién nacido (cuando sea Beneficiario del Producto)	Ambulatorio 30% Hospitalario 10%	Hasta \$15.000	30 días ambulatorio / 90 días hospitalario	---	---	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 \$200	30 días ambulatorio / 90 días hospitalario	0%	Hasta \$200	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 \$200		0%	Hasta \$200			
	Fórmulas alimenticias medicadas (requiere prescripción médica y Diagnóstico).	0%	Hasta \$50	30 días	---	---	30 días		
	Cuidados para la atención integral del Usuario en caso de requerir cuidados paliativos en el domicilio y/u hospitalario.	Ambulatorio 30% Hospitalario 10%	Hasta \$500	30 días ambulatorio / 90 días hospitalario	---	---	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 30% Hospitalario 10%	Hasta \$500	90 días	---	---	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 \$50	30 días	0%	Hasta \$50	30 días		
	Prestaciones odontológicas por Accidentes.	Ambulatorio 30% Hospitalario 10%	Hasta \$100	24 horas	---	---	24 horas		
Otras coberturas	Oncológico, sobreviviente a la contratación	Ambulatorio 30% Hospitalario 10%	Hasta \$15.000	30 días ambulatorio / 90 días hospitalario	---	---	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 30% Hospitalario 10%	Hasta \$15.000		---	---			
	Enfermedades degenerativas, raras, congénitas, genéticas y hereditarias sobrevivientes a la contratación	Ambulatorio 30% Hospitalario 10%	Hasta \$15.000		---	---			
	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 30% Hospitalario 10%	Hasta \$100		---	---			
	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 30% Hospitalario 10%	Hasta \$1.000		---	---			
	Prótesis, implante endovascular, coils, implantes no dentales y material de osteosíntesis (no incluye impuestos)	30%	Hasta \$5.000		---	---			
	Terapia del dolor no relacionada a cuidados paliativos (requiere prescripción médica y Diagnóstico)	Ambulatorio 30% Hospitalario 10%	Hasta \$500		---	---			
	Zapatos y plantillas ortopédicas (Con prescripción médica)	0%	Hasta \$50		0%	Hasta \$50			
	Vacunas Control niño sano hasta los 2 años de edad: BCG, HB, Rotavirus, IPV, bOPV, Pentavalente, Neumococo, Difteria, Tétanos, Tosferina, Sarampión, Rubéola, Parotiditis, Varicela. Administradas por un prestador autorizado.	0%	Hasta \$100		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)	30%	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 \$50		30 días ambulatorio / 90 días hospitalario	---		---	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 30% Hospitalario 10%	Hasta 20 SBU	3 meses	---	---	3 meses		

**Servicios
adicionales
sin costo adicional**
(Estos servicios los podrá
revisar en los documentos
correspondientes)

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°: 025-010-73
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. 54894 otorgado con oficio No. SCVS-INS-DNCTSR-2022-00037915-O del 16 de junio de 2022.

