Coberturas complementarias de salud

Este anexo contiene las condiciones particulares o específicas de la Cobertura Complementaria de Salud, las cuáles complementan a la cobertura del Producto base Saludsa Sistema De Medicina Prepagada del Ecuador S.A.

ANEXO No. 6.32

Cobertura Internacional 3.0 $1.000.000

EXPERIENCE world | Saludsa

1M

Monto máximo de cobertura anual INTERNACIONAL:	$1´000.000
Deducible anual por persona para todas las opciones	☐ $5.000

Coberturas	Prestaciones de Salud	Coberturas	Carencia
Hospitalario (En internación)	Terapia Intensiva, cuarto y alimento, servicios hospitalarios, visita médica, cuidados de enfermería, interconsultas médicas, laboratorio clínico y anatomopatológico, imagen, Medicamentos intrahospitalarios, insumos y dispositivos médicos, Honorarios Médicos, rehabilitación intrahospitalaria, cirugía plástica reparadora (no estética).	100% ✓	6 meses/ Para patologías Oncológicas 12 meses
Trasplante	Financiamiento de Trasplante no experimental, Pretrasplante, Postrasplante para paciente por año, incluye: consultas médicas de especialidad, laboratorio, imagen, Medicamentos, procedimientos, cuarto y alimento, servicios y atención hospitalaria general, visita médica, cuidados de enfermeria, interconsultas, cuidados intensivos, insumos y dispositivos médicos, Honorarios Médicos, rehabilitación física y complicaciones médicas resultantes (no incluye costo del órgano)	100% ✓	
	Financiamiento vitalicio 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 enfermeria, interconsultas, cuidados intensivos, insumos médicos, Honorarios Médicos, rehabilitación física y complicaciones médicas resultantes mientras se encuentre hospitalizado).	100% hasta $20.000 (incluido en monto maximo de trasplante para receptor)	
Condiciones Congénitas y Hereditarias	Financiamiento Ambulatorio y Hospitalario de enfermedades congénitas y hereditarias sobrevinientes a la fecha de inicio de vigencia del producto (aplica monto y período de carencia en caso de corresponder a una preexistencia declarada)	Hasta los 18 años al 100% hasta un máximo de $100.000 Luego de los 18 años al 100%	
Ambulatorio	Quimioterapia y Radioterapia	100% hasta 180 sesiones por año	6 meses/ Para patologías Oncológicas 12 meses
	Tratamiento anual de sustitución de la función renal: Atención mediante diálisis peritoneal o hemodiálisis vinculadas a intervenciones quirúrgicas o internaciones médicas cubiertas.	100% hasta 45 días	
	Hospital del día (cirugía ambulatoria): servicios hospitalarios, cuidados de enfermería, interconsultas médicas, laboratorio clínico y anatomopatológico, imagen, Medicamentos, insumos y dispositivos médicos, Honorarios Médicos.	100%	
	Medicamentos Ambulatorios vinculados a un procedimiento ambulatorio cubierto, y utilizados durante el mismo.	100%	
	Terapias debidamente prescritas por el médico tratante (rehabilitación física, respiratoria, lenguaje y cardíaca) por año por Usuario	Hasta 30 terapias por año para todos los tipos de terapias detalladas	
	Cobertura para Servicios Ambulatories Pre y Post Internacion para un evento coordinado previamente (Consulta Medica, Laboratorio Clinico, Imagen, Procedimientos menores, Terapias).	100%	
Maternidad	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 ocurridas en el país donde se encuentra la red Internacional. Monto incluido en la cobertura de maternidad nacional.	100% hasta $4.500	3 meses
	Financiamiento Hospitalario para parto, cesárea, embarazo ectópico y aborto no provocado, así como los servicios de neonatología de acuerdo al monto total de maternidad (para maternidades cubiertas)	Incluido en monto de maternidad	
	Complicaciones maternas despues del parto y alumbramiento (incluye en caso necesario uso de servicio de cuidados intensivos).Monto incluido en la cobertura de maternidad nacional.	100% hasta $50.000	
Equipos Médicos Duraderos	Prótesis y dispositivos ortopédicos: prótesis valvulares, marcapasos, cardiodesfibriladores implantables, stent, endoprótesis, catéteres, prótesis de rodilla , de hombro , de cadera y osteosíntesis.	100% ✓	6 meses/ Para patologías Oncológicas 12 meses
	Brazos y piernas artificiales que resulten de procedimientos cubiertos. El recambio de la prótesis tendrá cobertura siempre y cuando sea médicamente necesario.	(máximo vitalicio $ 120.000) $30.000 por episodio.	
Otros Beneficios Adicionales (sin costo adicional)	Cobertura de emergencias médicas o accidentes por viaje ocurridos fuera de Ecuador, sin aplicación de deducible. Los primeros $100,000 aplica la cobertura de Saludsa Travel, pasado este monto aplica la cobertura internacional hasta el monto del plan contratado Cobertura de 60 días por viaje	100% ✓	6 meses/ Para patologías Oncológicas 12 meses
	Cobertura Fuera de Red: Se reconoceran prestaciones fuera de red mediante reembolso al 80% del Gasto Elegible y Permitido,cuando se cumplan las condiciones de notificacion y coordinación previa (10 días) con Saludsa. En caso de lograr establecer un acuerdo arancelario y de pago directo con el prestador, se reconocerá la cobertura como dentro de la red al 100%.	80% ✓	
Preexistencias	Financiamiento Preexistencias anual a partir del mes 25, contados a partir de la suscripción del usuario en el Producto.	Hasta 20 salarios basicos unificados	24 meses
Discapacidades	Financiamiento anual de discapacidad (20 salarios básicos unificados) amparados en la acreditación de dicha condición según la Ley y Normativa vigente	Una vez superado el Deducible con financiamiento según la Ley y Normativa Vigente	3 meses

Código de Aprobación ACESS N°: 025-060-062-M
Ligado al Plan N°:025-CI-013

Condiciones específicas para este Producto

✓ Hasta el Monto máximo de cobertura anual internacional detallado en este Anexo.

1.- Todas las Prestaciones de Salud requieren autorización previa por parte de SALUDSA.

2.- Trasplante de órganos es el procedimiento por el cuál se extrae un órgano sano de una persona (donante) para implantarlo en otra persona (receptor), cuyo órgano tiene un daño irreversible. Incluye la cobertura de los transplantes técnicamente posibles en la Red de Prestadores Internacionales y que involucren la intervención de un donante vivo o cadavérico.

3.- El Usuario deberá cancelar el Deducible según las condiciones establecidas en el contrato y Anexo correspondientes.

4.- En el momento que requiera el Usuario una Prestación de Salud Internacional, deberá entregar a SALUDSA de forma previa, el informe de un médico que indique la necesidad de un tratamiento cubierto por este Anexo. El Usuario deberá obtener la autorización de cobertura en las oficinas de SALUDSA para poder recibir el financiamiento.

5.- El Prestador de la Red Internacional podrá solicitar al Usuario que se identifique como tal, mediante la tarjeta de Afiliación, documento de identificación o similar, quedando el Usuario obligado a identificarse y validar sus derechos como tal.

6.- Este producto no financia las Prestaciones de Salud ambulatorias a excepción de las recogidas expresamente en este Anexo.

7.- Este Financiamiento, no incluye los servicios de movilización, traslado terrestre o aéreo hasta el prestador de la red internacional.

8.- El Deducible pagado por concepto de acceso a la Red Internacional, no podrá ser sujeto de reembolso.

9.- Para toda Prestación de Salud Internacional es necesario que el Usuario realice una coordinación y un proceso de aprobación previo con Saludsa.

10.- Este Anexo puede ser comercializado únicamente como Cobertura Complementaria de Salud, es decir, el Usuario para acceder a este Anexo debe haber contratado previamente un Producto de cobertura nacional con Saludsa.

Exclusiones específicas para este Producto

1.- La atención médica en cualquier Prestador Médico ambulatorio u hospitalario que no sea afiliado a la Red Internacional y que no sea coordinado con Saludsa.

2.- En caso de Emergencia Médica por fuera de la Red mencionada en este Anexo, el Usuario podrá recibir el Financiamiento /Cobertura a través de la cobertura de Saludsa Travel descrito en el Anexo 6 contratado por el Usuario. El detalle de la Red Internacional de Prestadores se encuentra disponible en: Saludsa.com

3.- Todas las Prestaciones de Salud ambulatorias no detalladas en este Anexo.

4.- Todas las Prestaciones de Salud hospitalarias o en hospital del día no recogidas en el Contrato y sus Anexos.

5.- La hospitalización médica que no sea consecuencia de un estado patológico que necesariamente requiera el ingreso hospitalario del paciente para recibir un tratamiento.

6.- Preexistencias no declaradas, enfermedades médicamente diagnosticadas y conocidas por el Usuario o que ya presenten algún tipo de síntoma y que no haya sido debidamente declaradas.

Código de Aprobación ACESS N°: 025-060-062-M
Ligado al Plan N°:025-CI-013

Exclusiones específicas para este Producto
7.- Las Prestaciones de Salud que se produzca como consecuencia de accidentes laborales, enfermedades profesionales y los amparados por el seguro obligatorio de vehículos a motor.
8.- Las Prestaciones de Salud a consecuencia de la práctica profesional de cualquier deporte, o de aquellos que, sin ser profesionales, sean considerados de riesgo como pueden ser: actividades aéreas, con vehículos a motor, submarinismo, escalada, artes marciales, toreo o actividades de riesgo asimilable.
9.- Los hechos de guerra, terrorismo, terremotos, o cualquier otro fenómeno meteorológico similar de carácter catastrófico o extraordinario, y las epidemias declaradas oficialmente.
10.- Los daños producidos por explotaciones nucleares o radiactivas, que se hallen cubiertos por los seguros de responsabilidad civil por daños nucleares.
11.- Los fármacos y Medicamentos de cualquier clase y productos de parafarmacia (fórmulas magistrales), excepto los utilizados durante los tratamientos en régimen de hospitalización o de hospital de día cubiertos por el Contrato. No quedarán por tanto cubiertos los destinados a su consumo ambulatorio, es decir usados fuera del centro hospitalario.
12.- La medicina regenerativa, la inmunoterapia y la terapia génetica en cualquiera de sus modalidades. Se cubrirán tratamientos de inmunoterapia exclusivamente en las patologías oncológicas y en trasplantes de médula ósea, con la excepción del coste de generación de las vacunas oncológicas que no quedan cubiertas por el contrato.
13.- Cualquier tipo de material implantable y prótesis de cualquier clase que no correspondan a: prótesis valvulares, marcapasos, cardiodesfibriladores implantables, stent, endoprótesis, catéteres, prótesis de rodilla , de hombro , de cadera y osteosíntesis. Brazos y piernas artificiales que resulten de procedimientos cubiertos.
14.- En relación a la medicina tradicional y alternativa: los medios de diagnóstico, fármacos de cualquier clase y técnicas no pertinentes para la patología concreta que se está tratando, o cuya eficacia no esté suficientemente contrastada o mejore los resultados de otras técnicas.
15- Toda medicacion que no este aprobada como droga, es decir que se encuentra en fase experimental, y que no este aprobada para la patologia en curso, por el organismo regulador del pais en donde estuviera recibiendo tratamiento el paciente.

La firma y/o aceptación por cualquier medio del Contratante en este documento refleja su conformidad con las condiciones en las cuales se ha emitido el Contrato y todos sus Anexos en su beneficio y el de los Usuarios.

Servicio brindado por: _____

Aplica a contrato No: _____

Firma Contratante

Saludsa Sistema de Medicina Prepagada del Ecuador S.A.

La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control asignó al presente Anexo el registro No. 57378; con oficio No. SCVS-IRQ-DRS-2023-00121775-O del 27 de diciembre de 2023.

Código de Aprobación ACESS N°: 025-060-062-M
Ligado al Plan N°:025-CI-013