

Experience Supreme 7M		
Tipo de plan	Individual	
Ámbito geográfico de cobertura	Ecuador; Mundial	
Modalidad	Mixta (sin restricción de médicos y hospitales)	
Tipo de deducible	Anual por persona (máximo dos deducibles por familia)	
Valor de deducible Dentro y Fuera de Estados Unidos	<input type="checkbox"/> \$2.000 <input type="checkbox"/> \$3.000	
Monto Máximo por Producto anual (1)	\$7.000.000	
Nombre del tarifario aplicable	Ecuador Tarifario Experience Supreme	Resto del Mundo PHYSICAN FEE&CODING GUIDE



TABLA DE COBERTURAS

Coberturas	Prestaciones Sanitarias	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		
Ambulatoria	Financiamiento ambulatorio: consulta médica, laboratorio clínico, imagen, procedimientos menores.	0%	Hasta \$7.000.000	30 días	0%	Hasta \$7.000.000	30 días		
	Diálisis y hemodiálisis		Hasta \$7.000.000			Hasta \$7.000.000			
	Terapias de rehabilitación física, cardíacas, respiratoria y lenguaje.		Hasta \$7.000.000			Hasta \$7.000.000			
	Cobertura provisional para accidentes mientras se procesa la solicitud		Hasta \$30.000			NA		Hasta \$30.000	NA
	Tratamientos especializados: autismo, psiquiatría y terapia ocupacional		Hasta \$3.000			Hasta \$3.000			
	Enfermero en el hogar		Hasta \$7.000.000			Hasta \$7.000.000			
	Insumos, medicamentos genéricos y marca por prescripción médica.		Hasta \$7.000.000			30 días		Hasta \$7.000.000	30 días
	Cuidados para la atención integral del Usuario en caso de requerir cuidados paliativos con enfermedades terminales		Hasta \$20.000 vitalicio			Hasta \$20.000 vitalicio			
	Medicina ancestral y alternativa		Hasta \$3.000			Hasta \$3.000			
	Trastornos en el desarrollo psicomotor, cuando este se deba o se presente como consecuencia de una patología		0%			Hasta \$200		30 días	0%
Pruebas de sensibilidad y/o tratamientos inmunológicos en general, siempre y cuando hayan sido prescritas por un profesional calificado en base a protocolos nacionales, o a falta de ellos, a la buena práctica de la medicina basada en evidencia, o a los protocolos internacionales	0%	Hasta \$200	30 días	0%	Hasta \$200	30 días			
Tratamientos podiátricos.	0%	Hasta \$7.000.000	30 días	0%	Hasta \$7.000.000	30 días			
Prehospitalario	Ambulancia aérea, sin aplicación de deducible.	0%	Hasta \$7.000.000	30 días Ambulatorio 90 días Hospitalario 24 horas Emergencia	0%	Hasta \$7.000.000	30 días Ambulatorio 90 días Hospitalario 24 horas Emergencia		
	Ambulancia terrestre por emergencia médica, sin aplicación de deducible.		Hasta \$7.000.000			Hasta \$7.000.000			
	Ambulancia fluvial por emergencia médica, sin aplicar deducible.		Hasta \$7.000.000			Hasta \$7.000.000			

Coberturas	Prestaciones Sanitarias	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)	Terapia Intensiva, Atención Hospitalaria, cuarto y alimento (habitación privada estándar), servicios hospitalarios, visita médica, cuidados de enfermería, laboratorio clínico, imagen, medicamentos intrahospitalarios, insumos, intraconsultas, visitas médicas y Honorarios Médicos.		Hasta \$7.000.000			Hasta \$7.000.000	
	Gastos para acompañante por año (aplica para hospitalizaciones en Beneficiarios neonatos, menores de 16 años, y adultos mayores de 75 años, por concepto de cama de acompañante y alimentación en la misma habitación del paciente).	0%	\$350 por noche (máx. 15 noches) En territorio ecuatoriano, a partir de la noche 16, máx. \$50 por noche	90 días	0%	\$350 por noche (máx. 15 noches) En territorio ecuatoriano, a partir de la noche 16, máx. \$50 por noche	90 días
	Prótesis y medios correctivos implantados durante una cirugía, siempre y cuando sean médicamente necesarias		Hasta \$7.000.000			Hasta \$7.000.000	
	Cirugía reconstructiva y deformidad nasal o del septum (tabique nasal), siempre y cuando sea médicamente necesaria y el resultado de un accidente cubierto.		Hasta \$7.000.000			Hasta \$7.000.000	
	Cirugía reconstructiva en caso de enfermedad o accidente cubierto.		Hasta \$7.000.000			Hasta \$7.000.000	
	Endo-prótesis en tejidos de origen animal, siempre y cuando cumplan con las aprobaciones requeridas por la autoridad sanitaria nacional.	0%	Hasta \$200	90 días	0%	Hasta \$200	90 días
Cirugía bariátrica y de bypass gástrico por obesidad (vitalicio) únicamente cuando sea médicamente necesario con un mínimo índice de masa corporal de 40 o más y sujeto a una Segunda Opinión Médica otorgada por la Compañía.	0%	Hasta \$10.000 vitalicio	90 días	0%	Hasta \$10.000 vitalicio	90 días	
Maternidad	Monto Máximo por Conjunto de Prestaciones / monto maternidad hospitalario y ambulatorio (parto normal o por cesárea), con recién nacido a término, pre término o post término y sus complicaciones, cuidados del recién nacido y atención prenatal. No aplica deducible. (2)	0%	Hasta \$8.500	60 días	0%	Hasta \$7.000	60 días
Recién nacido	Complicaciones del recién nacido (incluye complicaciones de la maternidad (3))		Hasta \$500.000 (vitalicio) hasta 6 meses posterior al parto.	60 días		Hasta \$500.000 (vitalicio) hasta 6 meses posterior al parto.	60 días
	Inclusión del recién nacido sin evaluación de riesgo si nace de una maternidad cubierta y recibida dentro de los primeros 90 días después del nacimiento.						
	Cobertura del recién nacido y sus complicaciones derivadas de un tratamiento de fertilidad. Monto único anual para todos los hijos dependientes.	0%	Hasta \$15.000	0 días	0%	Hasta \$15.000	0 días
Cuidado del recién nacido a término, pre término o post término, aplica únicamente para maternidades no cubiertas, no aplica a hijas dependientes (atención prenatal)		Hasta \$40 por consulta	30 días		Hasta \$40 por consulta	30 días	
Coberturas Obligatorias	Enfermedad catastróficas y crónicas sobrevinientes a la contratación		Hasta \$7.000.000	30 días ambulatorio / 90 días hospitalario		Hasta \$7.000.000	30 días ambulatorio / 90 días hospitalario
	Emergencia médica		Hasta \$7.000.000	24 horas		Hasta \$7.000.000	24 horas
	Tarifa Cero: Aplica de acuerdo al Anexo Tarifa Cero según género y grupo etéreo	0%	Hasta \$150	30 días	0%	Hasta \$150	30 días
	Legrados o abortos no punibles, siempre y cuando estos sean indicados como procedimiento terapéutico por un médico.		Hasta \$200	30 días ambulatorio / 90 días hospitalario		Hasta \$200	30 días ambulatorio / 90 días hospitalario
	Trasplantes: receptor.		Hasta \$3.500.000	30 días ambulatorio /		Hasta \$3.500.000	30 días ambulatorio /

Coberturas	Prestaciones Sanitarias	RED CERRADA			RED ABIERTA		
		Copago	Sub_lmites / Topes máximo de cobertura (número y valor a ser cubierto)	Carencia	Copago	Sub_lmites / Topes máximo de cobertura (número y valor a ser cubierto)	Carencia
	Trasplantes: Donante definitivo - Vivo: Proceso de pretrasplante, trasplante y postrasplante, complicaciones hasta el primer control. - Cadavérico: incluye únicamente la procuración del órgano a ser trasplantado. Monto Incluido en monto máximo de trasplante para receptor.		Hasta \$ 60.000	90 días hospitalario		Hasta \$ 60.000	90 días hospitalario
	Enfermedad catastróficas, raras, y huérfanas sobrevinientes a la contratación: Alimentación enteral, parenteral, y complementos alimenticios prescritos; y, tratamiento de patologías aplicables.		Hasta \$200	30 días ambulatorio / 90 días hospitalario		Hasta \$200	30 días ambulatorio / 90 días hospitalario
	Otras que determine la Autoridad Sanitaria Nacional		Hasta \$100	30 días ambulatorio / 90 días hospitalario		Hasta \$100	30 días ambulatorio / 90 días hospitalario
Prohibición a la exclusión	Condiciones laborales o profesionales	0%	Hasta \$7.000.000	30 días ambulatorio / 90 días hospitalario	0%	Hasta \$7.000.000	30 días ambulatorio / 90 días hospitalario
	Condiciones de salud consecuentes de un accidente y/o enfermedades por abuso de alcohol, drogas, estupefacientes, embriaguez, y lesiones debido a trastornos de salud mental, estados de demencia incluso a resultantes por intento de suicidio. Incluye atención de emergencias para condiciones que sean consecuencias de intento de suicidio, producto de enfermedad mental de base orgánica.	0%	Hasta \$200 vitalicio	30 días ambulatorio / 90 días hospitalario	0%	Hasta \$200 vitalicio	30 días ambulatorio / 90 días hospitalario
Otras coberturas	Gastos en salud incurridos por el usuario para el diagnóstico diferencial o definitivo, siempre y cuando estos estén de acuerdo con las guías de práctica clínica, protocolos nacionales o internacionales.	0%	Hasta \$200	30 días ambulatorio / 90 días hospitalario	0%	Hasta \$200	30 días ambulatorio / 90 días hospitalario
	Problemas de malnutrición siempre y cuando haya diagnóstico médico definitivo y elección de tratamiento de acuerdo con los protocolos nacionales, o a falta de ellos, a la buena práctica de la medicina basada en evidencia, o a los protocolos internacionales	0%	Hasta \$200	30 días ambulatorio / 90 días hospitalario	0%	Hasta \$200	30 días ambulatorio / 90 días hospitalario
	Tratamiento de enfermedades de transmisión sexual	0%	Hasta \$200	30 días ambulatorio / 90 días hospitalario	0%	Hasta \$200	30 días ambulatorio / 90 días hospitalario
	Para el tratamiento de úlceras de presión, y sus complicaciones.	0%	Hasta \$200	30 días ambulatorio / 90 días hospitalario	0%	Hasta \$200	30 días ambulatorio / 90 días hospitalario
	Fórmulas alimenticias medicadas por año (requiere prescripción médica y Diagnóstico).	0%	Hasta \$200	30 días ambulatorio / 90 días hospitalario	0%	Hasta \$200	30 días ambulatorio / 90 días hospitalario
	Control de natalidad, este beneficio no aplica a las hijas dependientes	0%	Hasta \$40	30 días	0%	Hasta \$40	30 días
	Actividades de alto riesgo, deportes profesionales y no profesionales	0%	Hasta \$7.000.000	30 días ambulatorio / 90 días hospitalario	0%	Hasta \$7.000.000	30 días ambulatorio / 90 días hospitalario
	Tratamiento de alergias	0%	Hasta \$7.000.000	30 días	0%	Hasta \$7.000.000	30 días
	Psicólogo	0%	Hasta \$3.000	30 días	0%	Hasta \$3.000	30 días
	Condiciones congénitas y hereditarias, que se manifiesten antes de los 18 años de edad, y en caso de partos múltiples aplicará a cada recién nacido si es que se encuentra dentro de un embarazo cubierto.	0%	Hasta \$1.000.000 vitalicio	30 días ambulatorio / 90 días hospitalario	0%	Hasta \$1.000.000 vitalicio	30 días ambulatorio / 90 días hospitalario

Coberturas	Prestaciones Sanitarias	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
	Condiciones congénitas y hereditarias, que se manifiesten después de los 18 años	0%	Hasta \$7.000.000		0%	Hasta \$7.000.000	
	Cobertura oncológica integral (exámenes de cáncer; medicamentos y tratamiento: quimioterapia y/o radioterapia)	0%	Hasta \$7.000.000	30 días ambulatorio / 90 días hospitalario	0%	Hasta \$7.000.000	30 días ambulatorio / 90 días hospitalario
	Cirugía de reducción de riesgo de cáncer o cirugía profiláctica	0%	Hasta \$25.000 vitalicio	90 días	0%	Hasta \$25.000 vitalicio	90 días
	Prestaciones odontológicas por Accidentes por año, el tratamiento debe darse dentro de los 180 días posteriores al accidente	0%	Hasta \$7.000.000	24 horas	0%	Hasta \$7.000.000	24 horas
	VIH-SIDA	0%	Hasta \$700.000 vitalicio	30 días ambulatorio / 90 días hospitalario	0%	Hasta \$700.000 vitalicio	30 días ambulatorio / 90 días hospitalario
	Extracción y almacenamiento de células madres por embarazo cubierto, para la extracción y preservación por un año. Siempre que sea un embarazo cubierto. Sin aplicación de deducible.	0%	Hasta \$1.000	60 días	0%	Hasta \$1.000	60 días
	Aparatos auditivos, por afiliado y de manera vitalicia, aplica únicamente a dispositivos externos y no a dispositivos que deben ser implantados quirúrgicamente.	0%	Hasta \$2.000 vitalicio	30 días	0%	Hasta \$2.000 vitalicio	30 días
	Equipo médico durable: sillas de ruedas sin motor, bastones, muletas, respiradores, dispositivos especiales, prótesis externas, prótesis de las extremidades, dispositivos ortopédicos, colchones de presión y andadores, siempre y cuando dicho equipo es prescrito por un médico y sea habitualmente necesario para un paciente durante una enfermedad o lesión. Esta cobertura debe ser coordinada y aprobada con antelación por Saludsa.	0%	Hasta \$7.000.000	30 días	0%	Hasta \$7.000.000	30 días
	Apnea del sueño y trastornos anatómicos relacionados.	0%	Hasta \$3.000	30 días ambulatorio / 90 días hospitalario	0%	Hasta \$3.000	30 días ambulatorio / 90 días hospitalario
	Alzheimer	0%	Hasta \$7.000.000	30 días ambulatorio / 90 días hospitalario	0%	Hasta \$7.000.000	30 días ambulatorio / 90 días hospitalario
	Gastos médicos a consecuencia de lesiones como resultado del servicio activo en calidad de policía, de miembro de las Fuerzas Armadas, Cuerpo de Bomberos o de Empresas de Seguridad, así como, lesiones o enfermedades profesionales causadas por o relacionadas con energía atómica, radioactividad proveniente de cualquier material nuclear, desecho nuclear, o la combustión de combustible o artefactos nucleares, polución y/o amianto, terapia de rayos-X o radioterapia.	0%	Hasta \$200	30 días ambulatorio / 90 días hospitalario	0%	Hasta \$200	30 días ambulatorio / 90 días hospitalario
Cobertura bajo Condiciones Especiales	Emergencia Médica en caso de: mora, exclusiones, preexistencias y hospitalizaciones en periodo de carencia hospitalaria.	0%	Hasta \$1.000	24 horas	0%	Hasta \$1.000	24 horas
Cobertura Preexistencias Declaradas	Financiamiento de preexistencias anual a partir del mes 25, contados a partir de la suscripción y/o inclusión del Usuario en el Producto: 1.- La sumatoria de los montos registrados en las dos redes no pueden superar los 20 salarios básicos unificados. 2.- Los montos anuales registrados aplican para todas las Enfermedades preexistentes declaradas. 3. Aplica condiciones del Producto contratado.	0%	Máximo de 20 Salarios Básicos Unificados	24 meses	0%	Máximo de 20 Salarios Básicos Unificados	24 meses

Coberturas	Prestaciones Sanitarias	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
Discapacidades	Financiamiento anual de 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)	0%	Máximo de 20 Salarios Básicos Unificados	3 meses	0%	Máximo de 20 Salarios Básicos Unificados	3 meses

Servicios incluidos sin costo	Repatriación de restos mortales o servicios de cremación	0%	Hasta \$7.000.000	30 días
	Pasaje aéreo de regreso del afiliado y del acompañante después de una evacuación por ambulancia aérea. Beneficio por una persona y siempre y cuando se use dentro de los 90 días posteriores a que se dé de alta la persona.	0%	Hasta \$ 1.000	NA
	Cobertura gratuita extendida a dependientes elegibles después del fallecimiento del titular	0%	1 año a partir del fallecimiento	
	Eliminación/reducción del deducible por no presentar reclamos	0%	Eliminación por 1 año después del 3er año sin reclamos	
	Segunda Opinión Médica: Acceso a la opinión médica de expertos de renombre internacional de todo el mundo sobre alguna condición, sin deducible	0%	Hasta \$7.000.000	30 días
	Eliminación del deducible en primera hospitalización por accidente grave.	0%	Hasta \$7.000.000	NA

Condiciones Específicas para este Producto

a.- 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 en beneficio del Usuario, para tal efecto notificará oportunamente la vigencia y condiciones del beneficio, de acuerdo a la cláusula de notificaciones del Contrato.

b.- 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.

Exclusiones específicas para este Producto

a.- Las Prestaciones de Salud no detalladas en la presente Tabla de Coberturas no tendrán cobertura.

Referencias específicas para este Producto

- (1) Monto Máximo por Producto anual nacional. 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 condiciones necesarias para el Financiamiento de la maternidad. Revisar la Red de Maternidad publicada en la página web de Saludsa.
- (3) Para recibir la cobertura de complicaciones maternas se debe cumplir lo detallado en el contrato, cláusula condiciones necesario para el Financiamiento de complicaciones maternas. Monto de complicaciones de maternidad producto de tratamiento de fertilidad solamente tendrán cobertura en el Ecuador.

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

La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control asignó a la presente Tabla de Coberturas el registro No. 60402 otorgado con Oficio No. SCVS-IRCVSQ-DRS-2025-00206043-O del 09 de diciembre de 2025.