Contrato Individual

Contrato de prestación de servicios de atención integral de salud prepagada
Contrato individual EXPERIENCE
Saludsa Sistema De Medicina Prepagada del Ecuador S.A.

EXPERIENCE | Saludsa

2M

Monto Máximo por Producto anual nacional (1)	**$2´000.000**
Deducible Anual Nacional por persona	☐ **$1.500** Ambulatorio/Hospitalario ☐ **$2.500** Ambulatorio/Hospitalario
Modalidad	Mixta
Nombre del tarifario aplicable	NIVEL 8

		RED CERRADA			RED ABIERTA		
Coberturas	**Prestaciones sanitarias** (anual por enfermedad por usuario)	**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, ambulancia por traslado o movilización entre establecimientos sanitarios, cuarto y alimento, servicios hospitalarios, visita médica, cuidados de enfermería, interconsultas médicas, laboratorio clínico y anatomopatológico, imagen, Medicamentos intrahos pitalarios, insumos y dispositivos médicos, Honorarios Médicos, terapias intrahospitalarias, apoyo psicológico durante la estancia intrahospitalaria bajo interconsulta del médico tratante. Financiamiento Hospitalario de Enfermedades Congénitas, Genéticas, Hereditarias; Sobrevinientes a la fecha de inicio de vigencia del Producto	**0%**	Hasta **$2.000.000**	**90 días**	**0%**	Hasta **$2.000.000**	**90 días**
	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%**	Hasta **$2.000.000**	**90 días**	**0%**	Hasta **$2.000.000**	**90 días**
Hospital del Día (Clínica y/o Quirúrgica)	Servicios hospitalarios, cuidados de enfermería, interconsultas médicas, laboratorio clínico y anatomopatológico, imagen, Medicamentos, insumos y dispositivos médicos, Honorarios Médicos.	**10%**	Hasta **$2.000.000**	**90 días**	**20%**	Hasta **$2.000.000**	**90 días**
Ambulatoria	Financiamiento ambulatorio: consulta médica, laboratorio clínico, imagen, procedimientos menores. Financiamiento ambulatorio de Enfermedades Congénitas, Genéticas, Hereditarias; Sobrevinientes a la fecha de inicio de vigencia del Producto. Estudios anatomopatológicos, genéticos y para Enfermedades Congénitas para confirmar un Diagnóstico.	**10%**	Hasta **$2.000.000**	**30 días**	**20%**	Hasta **$2.000.000**	**30 días**
	Medicamentos ambulatorios en farmacias autorizadas por la autoridad competente en el territorio nacional. Aplica Medicamentos ambulatorios y por Hospital del Día para cuidados paliativos y terapia del dolor.	**10% marca y genérico**	Hasta **$2.000.000**	**30 días**	**20% marca y genérico**	Hasta **$2.000.000**	**30 días**
	Fórmulas alimenticias medicadas por año (requiere prescripción médica y Diagnóstico).	**10%**	Hasta **$1.000**	**30 días**	**20%**	Hasta **$1.000**	**30 días**
	Número máximo de 40 terapias de cada tipo para todas las especialidades por año por Usuario. Incluye: rehabilitación física, respiratoria, lenguaje y cardíaca. El monto de cobertura aplicará según el Tarifario por Procedimientos SALUDSA, el cual se puede revisar en www.saludsa.com	**10%**	Hasta **$2.000.000**	**30 días**	**20%**	Hasta **$2.000.000**	**30 días**
	Consultas y terapias de medicina natural, homeopática, bioenergética, moxibustión, acupuntura y quiropraxia, por año por Usuario. El monto de cobertura aplicará según el Tarifario por Procedimientos SALUDSA, el cual se puede revisar en www.saludsa.com	**20%**	**20 consultas**	**30 días**	**20%**	**20 consultas**	**30 días**
	Consultas y terapias de medicina ancestral en primer nivel de atención, con Registro Sanitario y debidamente autorizados, por año.	**10%**	Hasta **$500**	**30 días**	**20%**	Hasta **$500**	**30 días**
	Asesoría y terapia nutricional por año (incluye consulta, planes nutricionales para tratamientos asociados a un trastorno de malnutrición debidamente diagnosticado por un especialista acreditado).	**10%**	Hasta **$200**	**30 días**	**20%**	Hasta **$200**	**30 días**
	Chequeos preventivos (consultas médicas, laboratorio clínico, imagen, procedimientos, Medicamentos, inmunomoduladores) por año.	**10%**	Hasta **$200**	**30 días**	**20%**	Hasta **$200**	**30 días**
	Tratamiento de sustitución de la función renal: Atención Ambulatoria en prestadores habilitados para pacientes con insuficiencia renal crónica terminal mediante diálisis peritoneal o hemodiálisis (aplica monto y período de Carencia en caso de preexistencia)	**10%**	Hasta **$2.000.000**	**30 días**	**20%**	Hasta **$2.000.000**	**30 días**
	Quimioterapia, radioterapia e inmunoterapia ambulatoria. Aplica a cualquier Diagnóstico oncológico sobreviniente a la contratación.	**0%**	Hasta **$2.000.000**	**30 días**	**0%**	Hasta **$2.000.000**	**30 días**
Servicios Médicos a Domicilio	Consultas médicas generales a domicilio	**10%**	Hasta **$2.000.000**	**30 días**	**20%**	Hasta **$2.000.000**	**30 días**
Prehospitalario	Ambulancia terrestre nacional para atención prehospitalaria	**10%**	Hasta **$2.000.000**	**30 días**	**20%**	Hasta **$2.000.000**	**30 días**
	Ambulancia aérea y fluvial nacional por año	**10%**	Hasta **$5.000**	**30 días**	**20%**	Hasta **$5.000**	**30 días**
	Ambulancia aérea internacional anual: por Emergencia Médica, en la cual el traslado del Usuario se lo haga al hospital más cercano de la red internacional donde pueda recibir atención apropiada y de acuerdo al Producto contratado (el Diagnóstico que motiva el uso de la prestación requiere tener cobertura y autorización de SALUDSA).	**0%**	Hasta **$50.000**	**30 días**	**0%**	Hasta **$50.000**	**30 días**
Coberturas Obligatorias	Enfermedad catastróficas y crónicas sobrevinientes a la contratación	**Ambulatorio 10% Hospitalario 0%**	Hasta **$2.000.000**	**30 días ambulatorio / 90 días hospitalario**	**Ambulatorio 20% Hospitalario 0%**	Hasta **$2.000.000**	**30 días ambulatorio / 90 días hospitalario**
	Enfermedad catastróficas, raras, y huérfanas sobrevinientes a la contratación: Alimentación enteral, parenteral, y complementos alimenticios prescritos; y, tratamiento de patologías aplicables.	**Ambulatorio 10% Hospitalario 0%**	Hasta **$1.500**	**30 días ambulatorio / 90 días hospitalario**	**Ambulatorio 20% Hospitalario 0%**	Hasta **$1.500**	**30 días ambulatorio / 90 días hospitalario**
	Emergencia y Urgencia médica o por Accidente. Urgencia médica: En la eventualidad de que una urgencia Triaje 3 en la Escala de Manchester, requiera observación menor a 24 horas en el servicio de emergencias, recibirá cobertura como consulta de emergencia.	**Ambulatorio 10% Hospitalario 0%**	Hasta **$2.000.000**	**24 horas**	**Ambulatorio 20% Hospitalario 0%**	Hasta **$2.000.000**	**24 horas**
	Tarifa Cero:Aplica de acuerdo al Producto contratado y al Anexo Tarifa Cero según género y grupo etáreo	**Ambulatorio 20%**	Hasta **$2.000.000**	**30 días**	**Ambulatorio 20%**	Hasta **$2.000.000**	**30 días**
	Otras que determine la Autoridad Sanitaria Nacional	**Ambulatorio 10% Hospitalario 0%**	Hasta **$1.000**	**30 días ambulatorio / 90 días hospitalario**	**Ambulatorio 20% Hospitalario 0%**	Hasta **$1.000**	**30 días ambulatorio / 90 días hospitalario**
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.	**Ambulatorio 20% Hospitalario 0%**	Máximo de 20 Salarios Básicos Unificados	**24 meses**	**Ambulatorio 20% Hospitalario 0%**	Máximo de 20 Salarios Básicos Unificados	**24 meses**
	Financiamiento preexistencias anual a partir del mes 13 al 24, contados a partir de la suscripción del Usuario en el Producto. Aplica condiciones del Producto contratado.	**Ambulatorio 20% Hospitalario 0%**	Hasta **$1.500**	**12 meses**	**Ambulatorio 20% Hospitalario 0%**	Hasta **$1.500**	**12 meses**

		RED CERRADA			RED ABIERTA		
Coberturas	**Prestaciones sanitarias** (anual por enfermedad por usuario)	**Copago**	**Sub_limites / Topes máximo de cobertura (número y valor a ser cubierto)**	**Carencia**	**Copago**	**Sub_limites / Topes máximo de cobertura (número y valor a ser cubierto)**	**Carencia**
Cobertura bajo Condiciones Especiales	Emergencia Médica en caso de: mora, exclusiones, preexistencias y hospitalizaciones en periodo de carencia hospitalaria. Urgencia Médica en caso de: exclusiones, preexistencias y hospitalizaciones en periodo de carencia hospitalaria.	**Ambulatorio 20% Hospitalario 0%**	Hasta **$500**	**24 horas**	**Ambulatorio 20% Hospitalario 0%**	Hasta **$500**	**24 horas**
Maternidad	Monto Máximo por Conjunto de Prestaciones / monto maternidad hospitalario y ambulatorio (incluye atención prenatal, perinatal, natal, post natal, parto, cesárea, embarazo ectópico y aborto no provocado) para maternidades de curso normal, complicadas y emergencias obstétricas (2). Carencia contada desde la suscripción para la concepción. Este monto aplica para la cobertura nacional e internacional. Este monto aplica para la cobertura nacional e internacional. No aplica deducible	**Ambulatorio 10% Hospitalario 0%**	Hasta **$4.500**	**45 días**	**Ambulatorio 20% Hospitalario 0%**	Hasta **$4.500**	**45 días**
	Vitaminas y vacunas maternas de acuerdo al cuadro nacional de vacunación vigente definidas por la Autoridad Sanitaria Nacional (incluidos en el monto de maternidad).	**10%**	Hasta **$1.000**	**45 días**	**20%**	Hasta **$1.000**	**45 días**
Complicaciones Maternas	Complicaciones maternas después del parto (incluye en caso necesario uso de servicio de cuidados intensivos), este monto es adicional al monto de cobertura de maternidad. Este monto aplica para la cobertura nacional e internacional. No aplica deducible	**0%**	Hasta **$50.000**	**45 días**	**0%**	Hasta **$50.000**	**45 días**
Maternidades en período de carencia	La cobertura para el embarazo que inicie en el periodo de carencia de maternidad se limitará a las atenciones prenatales que corresponden a Tarifa Cero. Si el embarazo se produce en período de carencia se podrá realizar la inclusión intraútero del nonato como un beneficio adicional a partir de la semana 20 hasta la 32 de embarazo, siempre y cuando se cancelen las cuotas correspondientes a partir de la semana de contratación de este beneficio. El detalle de las coberturas de Tarifa Cero se muestra a continuación: Consultas prenatales	**20%**	6 consultas	**0 días**	**20%**	6 consultas	**0 días**
	Consultas odontológicas durante el embarazo	**20%**	2 consultas	**0 días**	**20%**	2 consultas	**0 días**
	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	**20%**	1 vez durante el embarazo	**0 días**	**20%**	1 vez durante el embarazo	**0 días**
Recién nacido no afiliado intraútero	Recién nacido NO Beneficiarios en el Producto (cuando la maternidad tenga cobertura) tendrá acceso a: 1. Cobertura del recién nacido sin complicaciones, atención perinatal hasta el día 7 desde su nacimiento.	**Hospitalaria 0%**	Hasta **$1.000**	**0 días**	**Hospitalaria 0%**	Hasta **$1.000**	**0 días**
	2. Cobertura del recién nacido con complicaciones a término, pretérmino o postérmino, atención perinatal hasta el día 28 desde su nacimiento.	**Hospitalaria 0%**	Hasta **$10.000**	**0 días**	**Hospitalaria 0%**	Hasta **$10.000**	**0 días**
Recién nacido	Control niño sano en caso de ser beneficiario una consulta por mes (adicional a Tarifa Cero). No aplica deducible.	**0%**	Hasta **$2.000.000**	**30 días ambulatorio / 90 días hospitalario**	**0%**	Hasta **$2.000.000**	**30 días ambulatorio / 90 días hospitalario**
	Cobertura de vacunas hasta los dos años en caso de ser beneficiario. De acuerdo al cuadro nacional de vacunación vigente definidas por la Autoridad Sanitaria Nacional. No aplica deducible.	**0%**	Hasta **$700**	**30 días ambulatorio / 90 días hospitalario**	**0%**	Hasta **$700**	**30 días ambulatorio / 90 días hospitalario**
Prohibición a la exclusión	Financiamiento hospitalario 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 **$1.500**	**90 días**	**0%**	Hasta **$500**	**90 días**
	Financiamiento ambulatorio 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. Incluye atención de emergencias para condiciones que sean consecuencias de intento de suicidio, producto de enfermedad mental de base orgánica.	**10%**	Hasta **$200**	**30 días**	**20%**	Hasta **$200**	**30 días**
Otras coberturas	Trasplantes: receptor	**Ambulatorio 10% Hospitalario 0%**	Hasta **$1.000.000**	**30 días ambulatorio / 90 días hospitalario**	**Ambulatorio 20% Hospitalario 0%**	Hasta **$1.000.000**	**30 días ambulatorio / 90 días hospitalario**
	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.	**Ambulatorio 10% Hospitalario 0%**	Hasta **$20.000**	**30 días ambulatorio / 90 días hospitalario**	**Ambulatorio 20% Hospitalario 0%**	Hasta **$20.000**	**30 días ambulatorio / 90 días hospitalario**
	Monto Máximo por Conjunto de Prestaciones por prótesis, implante endovascular, coils e implantes no dentales	**20%**	Hasta **$30.000**	**30 días ambulatorio / 90 días hospitalario**	**20%**	Hasta **$30.000**	**30 días ambulatorio / 90 días hospitalario**
	Cuidados para la atención integral del Usuario en caso de requerir cuidados paliativos en el domicilio y/u hospitalario por año, incluye: visitas médicas, cuidados de enfermería, Medicamentos intrahospitalarios, terapia física, terapia respiratoria, terapia del dolor, dispositivos médicos.	**Ambulatorio 10% Hospitalario 0%**	Hasta **$5.000**	**30 días ambulatorio / 90 días hospitalario**	**Ambulatorio 20% Hospitalario 0%**	Hasta **$5.000**	**30 días ambulatorio / 90 días hospitalario**
	Terapia del dolor no relacionada a cuidados paliativos por año: Honorarios Médicos, dispositivos médicos, Medicamentos hospitalarios (requiere prescripción médica y Diagnóstico).	**Ambulatorio 10% Hospital del Día y Hospitalario 0%**	Hasta **$5.000**	**30 días ambulatorio / 90 días hospitalario**	**Ambulatorio 20% Hospital del Día y Hospitalario 0%**	Hasta **$5.000**	**30 días ambulatorio / 90 días hospitalario**
	Métodos anticonceptivos temporales por año: barrera, hormonales. Anticonceptivos barrera y hormonales con prescripción médica en farmacias autorizadas	**10%**	Hasta **$120**	**30 días ambulatorio / 90 días hospitalario**	**20%**	Hasta **$120**	**30 días ambulatorio / 90 días hospitalario**
	Métodos anticonceptivos definitivos por año: quirúrgicos. Hospitalario y Hospital del día	**10%**	Hasta **$2.000**	**30 días ambulatorio / 90 días hospitalario**	**20%**	Hasta **$2.000**	**30 días ambulatorio / 90 días hospitalario**
	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 insumos, suministros, dispositivos médicos necesarios para su utilización y funcionamiento, además del suministro de cualquier gas medicinal para uso domiciliario.	**10%**	Hasta **$1.000 anuales**	**30 días ambulatorio / 90 días hospitalario**	**20%**	Hasta **$1.000 anuales**	**30 días ambulatorio / 90 días hospitalario**
	Cobertura vitalicia para el tratamiento médico ambulatorio y hospitalario de obesidad con IMC mayor a 40 sobreviniente a la contratación, así como cirugía metabólica. 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 **$1.000**	**30 días ambulatorio / 90 días hospitalario**	**Ambulatorio 20% Hospitalario 0%**	Hasta **$1.000**	**30 días ambulatorio / 90 días hospitalario**
	Cirugía reconstructiva o correctiva médicamente necesaria (incluye cuarto y alimento, visita médica, cuidados de enfermería, interconsultas médicas, laboratorio, imagen, unidad de cuidados intensivos, Medicamentos, insumos médicos, Honorarios Médicos). Aplica tope de cobertura de prótesis no dental.	**Ambulatorio 20% Hospitalario 0%**	Hasta **$2.000.000**	**30 días ambulatorio / 90 días hospitalario**	**Ambulatorio 20% Hospitalario 0%**	Hasta **$2.000.000**	**30 días ambulatorio / 90 días hospitalario**
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)	**Ambulatorio 20% Hospitalario 0%**	Hasta **$2.000.000**	**3 meses**	**Ambulatorio 20% Hospitalario 0%**	Hasta **$2.000.000**	**3 meses**

Código de Aprobación ACESS N°:025-010-176
Ligado al Contrato ACESS N°: 025-CI-013

		RED CERRADA			RED ABIERTA		
Coberturas	**Prestaciones sanitarias** (anual por enfermedad por usuario)	**Copago**	**Sub_limites / Topes máximo de cobertura (número y valor a ser cubierto)**	**Carencia**	**Copago**	**Sub_limites / Topes máximo de cobertura (número y valor a ser cubierto)**	**Carencia**
Odontológica	Prestaciones odontológicas por Accidentes por año	**Ambulatorio 20% Hospitalario 0%**	Hasta **$10.000**	**24 horas**	**Ambulatorio 20% Hospitalario 0%**	Hasta **$10.000**	**24 horas**

Servicios adicionales sin costo adicional **(Estos servicios los podrá revisar en los documentos correspondientes)**	Cobertura Internacional: $ 2.000.000
	Cobertura Internacional: Alta Especializacion Plus Clínica Universidad de Navarra (CUN)
	Cobertura Internacional: Segunda Opinión Médica
	Saludsa Travel $ 100.000: Asistencia médica para viajes al exterior por placer o negocios (sin Deducible por viaje).
	Saludsa Dental Privilegio Plus.

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.

Exclusiones específicas para este Producto

1.- 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, clausula décima tercera, condiciones necesarias para el Financiamiento de la maternidad.

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 ACESS N°:025-010-176
Ligado al Contrato ACESS N°: 025-CI-013

La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control asignó a la presente tabla de coberturas el registro No. 57381; con oficio No. SCVS-IRQ-DRS-2023-00121775-O de 27 de diciembre de 2023.