

III. OTRAS DISPOSICIONES**MINISTERIO DE INCLUSIÓN, SEGURIDAD SOCIAL
Y MIGRACIONES**

21469 *Resolución de 9 de octubre de 2023, de la Secretaría General Técnica, por la que se publica el Convenio entre la Secretaría de Estado de Migraciones y Ecuasanitas, SA, sobre la prestación de asistencia sanitaria subvencionada a los emigrantes españoles residentes en Ecuador que carezcan de recursos suficientes.*

Con fecha 29 de septiembre de 2023 se ha suscrito el Convenio entre el Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones del Reino de España (Secretaría de Estado de Migraciones) y Ecuasanitas, SA, sobre la prestación de asistencia sanitaria subvencionada a los emigrantes españoles residentes en Ecuador que carezcan de recursos suficientes y, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 48.8 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, procede la publicación en el «Boletín Oficial del Estado» del citado convenio, que figura como anexo de esta resolución.

Madrid, 9 de octubre de 2023.—La Secretaria General Técnica, Iria Álvarez Besteiro.

**CONVENIO ENTRE EL MINISTERIO DE INCLUSIÓN, SEGURIDAD SOCIAL Y
MIGRACIONES DEL REINO DE ESPAÑA (SECRETARÍA DE ESTADO DE
MIGRACIONES) Y ECUASANITAS, SA, SOBRE LA PRESTACION DE ASISTENCIA
SANITARIA SUBVENCIONADA A LOS EMIGRANTES ESPAÑOLES RESIDENTES EN
ECUADOR QUE CAREZCAN DE RECURSOS SUFICIENTES**

Madrid, 29 de septiembre de 2023.

De una parte, don Santiago Yerga Cobos, Director General de Migraciones, nombrado por Real Decreto 504/2020, de 28 de abril (BOE de 29 de abril de 2020), actuando por delegación de la Secretaria de Estado de Migraciones, según establece el dispositivo vigésimo primero de la Orden ISM/419/2021, de 26 de abril por la que se fijan los límites para administrar los créditos de gastos y se delegan y aprueban las delegaciones del ejercicio de competencias en el ámbito del Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones (BOE de 29 de abril de 2021) y en el ejercicio de su competencia, establecida en el artículo 5 el Real Decreto 497/2020, de 28 de abril, por el que se desarrolla la estructura orgánica básica del Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones (BOE de 1 de mayo de 2020).

De otra parte, don Patricio Ávila Rivas, Gerente General de Ecuasanitas, SA, empresa de medicina prepagada, constituida en Quito (Ecuador) el día 21 de febrero de 1978 y nombrado por Acuerdo de 17 de mayo de 2022 del Directorio de la Compañía, conforme a los estatutos de esta entidad.

Ambas partes, en las representaciones que ostentan, se reconocen legitimidad suficiente para suscribir el presente convenio y, a tal fin,

EXPONEN

Que la Ley 40/2006, de 14 de diciembre del Estatuto de la ciudadanía española en el exterior, reconoce en su artículo 17 el derecho a la protección de la salud, con la

finalidad última de equiparar la que se concede a los residentes en el exterior con la que se presta por el Sistema Nacional de Salud en España.

El Real Decreto 8/2008, de 11 de enero, por el que se regula la prestación por razón de necesidad a favor de los españoles residentes en el exterior y retornados prevé la posibilidad de suscribir convenios que permitan la cobertura de la asistencia sanitaria para aquellos que carezcan de dicha cobertura en el país de residencia o cuando teniendo derecho a ella, su contenido y alcance se considere insuficiente en situaciones de necesidad debidamente acreditadas. Asimismo, la cobertura se encuentra recogida en la disposición adicional primera de la Ley 3/2005, de 18 de marzo, prevista para los ciudadanos de origen español desplazados durante su minoría de edad al extranjero, en el periodo comprendido entre el 18 de julio de 1936 y el 31 de diciembre de 1939, como consecuencia de la Guerra Civil española.

Por todo ello, la Secretaría de Estado de Migraciones se propone establecer el presente convenio para que los españoles residentes en Ecuador puedan ser beneficiarios de la prestación de asistencia sanitaria prevista en el párrafo anterior.

Ecuasanitas, SA, radicada en Ecuador, dispone de instalaciones clínicas y hospitalarias propias, en las cuales puede dispensar asistencia médica ambulatoria, de especialidades y/o hospitalaria.

Por ello, ambas partes, al amparo de lo dispuesto en la orden anteriormente citada, acuerdan suscribir el presente convenio que se regirá por las siguientes

CLÁUSULAS

Primera. *Objeto del convenio.*

Este convenio tiene por objeto, regular las condiciones, modalidades y procedimientos para prestar asistencia sanitaria a los emigrantes españoles, residentes legalmente en Ecuador al amparo del mencionado Real Decreto 8/2008, de 11 de enero, y de la Ley 3/2005, de 18 de marzo, así como la gestión del pago del importe de las cuotas correspondientes.

Segunda. *Beneficiarios.*

Tendrán derecho a la asistencia sanitaria a la que se refiere el presente convenio, los beneficiarios de las prestaciones señaladas en la cláusula anterior, residentes legalmente en Ecuador, que carezcan o no tengan la cobertura suficiente de esta contingencia.

Tercera. *Compromisos de las entidades firmantes.*

Ecuasanitas, SA, se compromete a prestar a los beneficiarios objeto de este acuerdo, señalados en la cláusula segunda la asistencia médica ambulatoria, la hospitalaria clínica quirúrgica, en todas las especialidades, así como farmacéutica durante el internamiento.

La asistencia médica se prestará en las clínicas de Ecuasanitas, SA, y en otros establecimientos sanitarios con los que Ecuasanitas, SA, tenga establecidos conciertos para poder dar cobertura a los beneficiarios de este convenio en todo el territorio de Ecuador.

Cuarta. *Comunicación de beneficiarios.*

La Consejería de Trabajo, Migraciones y Seguridad Social de la Embajada de España en Ecuador, entregará a Ecuasanitas, SA, una relación de personas que reúnan los requisitos para ser beneficiarias de las prestaciones previstas en este convenio.

Posteriormente, la Consejería de Trabajo, Migraciones y Seguridad Social comunicará, antes del último día hábil de cada mes, las variaciones (altas y/o bajas) que se produzcan en cuanto a las personas beneficiarias.

Las variaciones que se comuniquen a Ecuasanitas, SA, sobre las personas que deben ser beneficiarias de este convenio, tendrán vigencia desde el primer día del mes siguiente a la comunicación por parte de la Consejería, siempre que sean recibidas en las dependencias de Ecuasanitas, SA, antes del último día hábil del mes anterior.

Ecuasanitas, SA, garantizará la custodia y seguridad de los datos personales de los beneficiarios, no pudiendo ceder los mismos a terceros sin la autorización de estos.

Quinta. Condiciones del servicio.

Ecuasanitas, SA, mediante el presente convenio, ofrece afiliación a los beneficiarios del mismo a través del Producto Plan Total, cuyos beneficios se detallan a continuación:

Atención de emergencia.

Atención médica en consultorios por especialistas en Medicina General, Pediatría, Puericultura, Traumatología, Ortopedia, Gineco-Obstetricia, Urología, Nefrología, Gastroenterología, Neurología, Oftalmología, Otorrinolaringología, Neumología, Cardiología, Endocrinología y otras.

Exámenes de Laboratorio y Rayos X.

Exámenes complementarios de diagnóstico como: endoscopia, electrocardiograma, electroencefalograma, ecosonografía, tomografía, resonancia magnética etc.

Hospitalización clínica y quirúrgica.

Maternidad.

Medicamentos en hospitalización.

Las exclusiones, carencias, funcionamiento del sistema y demás estipulaciones se detallan en el Formulario 3 de Porcentajes de Financiamiento de acuerdo con el nivel de la plantilla del Plan Total que Ecuasanitas, SA, mantiene como tipo, que se adjunta al presente convenio y que forma parte integrante del mismo con las modificaciones o excepciones contenidas en este convenio.

El sistema funciona con el pago de la cuota mensual correspondiente y, adicionalmente, con la compra de Órdenes de Asistencia Ambulatoria (ODA) para cada consulta que deben ser adquiridas en cualquiera de las oficinas de Ecuasanitas, SA, conforme a las tarifas vigentes en ese momento, en función del nivel del médico pueden ser necesarias de 1 a 3 ODAS por consulta.

Se financiará a cada beneficiario hasta las cuatro primeras Órdenes de Asistencia Ambulatoria de cada año, con un coste máximo de 32 dólares, gastos que sólo se harán efectivos en la medida en que se utilicen por cada beneficiario.

Sexta. Cobertura de patologías previas a la firma del convenio.

Ecuasanitas, SA, otorgará una cobertura de preexistencias limitada a dos mil dólares (2.000\$) por afiliado, que tendrá vigencia anual y que será cubierta a partir de los 90 días desde el alta de los nuevos usuarios. Se considerará preexistencia a la patología o condición médica cuyo origen sea anterior a la firma del convenio, y que puede ser conocida o no conocida o declarada o no declarada por los beneficiarios del convenio.

Séptima. Coberturas adicionales.

Ecuasanitas, SA, a través de este convenio, ofrece coberturas adicionales al plan escogido, cuya descripción y niveles de cobertura se presentan a continuación.

Accidentes personales: La cobertura de accidentes personales cubre todo tipo de accidentes, entendiéndose como tal todo hecho traumático (herida o contusión) no psíquico, súbito, imprevisto e independiente de la voluntad del afiliado, brindando

protección hasta los montos contratados en gastos médicos por accidente, ambulancia, servicio exequial.

Unidad de Atención Inmediata móvil (UTIM):

Asistirá a los afiliados de Ecuasanitas dentro del perímetro urbano de Ibarra, Quito, Latacunga, Ambato, Riobamba, Cuenca, Machala, Loja, Manta, Guayaquil y Salinas con los siguientes servicios, previo pago por el usuario de la tarifa vigente (10 dólares):

– Asistencia médica en emergencia y urgencias: Asistencia en el lugar que se produzca la emergencia o urgencia dentro de los límites establecidos, tratándose de una enfermedad o lesión repentina de aparición súbita que de no recibir tratamiento oportuno puede dejar secuelas graves o puede poner en riesgo la vida del paciente, administración de primera dosis de medicación genérica, estabilización del paciente, traslado al centro asistencial de ECUASANITAS.

– Consulta médica a domicilio, asistencia a domicilio del afiliado dentro de los límites establecidos, tratándose de situaciones en las que la condición del paciente no le permite la movilización por sus propios medios sin riesgo para su vida, brindándole el tratamiento inicial de la crisis.

Octava. *Importe y forma de pago.*

Que las cuotas a abonar por el Ministerio de Inclusión, Migraciones y Seguridad Social a Ecuasanitas, SA, correspondientes al año 2023 a abonar a serán las siguientes:

Ciento veintisiete dolares usa con cinco centavos (127,05 \$ USA) mensuales en concepto de cuota por beneficiario, siendo treinta y cuatro (34) el número estimado de beneficiarios, en el que se incluyen a los ciudadanos amparados por la Ley 3/2005, de 18 de marzo «Niños de la Guerra» y a los del Real Decreto 8/2008 de 11 de enero, por el que se regula la prestación por razón de necesidad a favor de los españoles residentes en el exterior y retornados.

Adicionalmente a lo anterior, los pagos relativos a las Ordenes de Asistencia Ambulatoria (ODA) se harán efectivos a ECUASANITAS SA a la finalización de cada semestre, previa acreditación de los gastos incurridos por los beneficiarios en estos conceptos, hasta un máximo de cuatro ODA anuales por beneficiario, por valor máximo anual de TREINTA Y DOS DÓLARES USA (32 \$ USA).

El pago que origine este convenio será realizado semestralmente al final de cada semestre natural.

El número de beneficiarios, el importe de la cuota y el valor de las Órdenes de Asistencia Ambulatoria (ODA) podrán ser revisados anualmente durante la vigencia del convenio mediante una adenda suscrita por las partes.

Novena. *Compromiso de gasto y presupuesto.*

El Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones asume como cuantía máxima de compromiso económico en la aplicación de los cuatro años de duración de este convenio la cifra de 211.697,60 dólares USA, con un coste anual de 52.924,40 dólares USA.

Esta cantidad se corresponde con un importe por toda la duración del convenio de 195.617,80 euros y un coste anual de 48.904,45 euros, según el tipo de cambio oficial aprobado por el Banco de España de 1 euro=1,0822 dólares USA (BOE de 23 de mayo de 2023).

La distribución de esta cuantía durante los ejercicios presupuestarios será la siguiente:

	2023	2024	2025	2026	2027	TOTAL
Meses	3	12	12	12	9	48
Importe (euros)	12.226,11	48.904,45	48.904,45	48.904,45	36.678,34	195.617,80

Estos límites serán susceptibles de variación, mediante la Adenda a la que se refiere la cláusula octava de este convenio, en el caso de que se produzcan cambios en el número de beneficiarios, el importe de la cuota y el valor de las Órdenes de Asistencia Ambulatoria (ODA)

Esta prestación se encuentra contemplada en los Presupuestos Generales del Estado, en el programa 231.B, «Acciones a favor de los emigrantes» del Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones, partida presupuestaria 32.03.492.03.

Décima. *Naturaleza jurídica del convenio.*

El presente convenio tiene naturaleza administrativa y queda sometido al régimen jurídico de convenios previsto en el capítulo VI del título preliminar de la Ley 40/2015, de 1 de octubre de Régimen Jurídico del Sector Público.

Undécima. *Comisión de seguimiento.*

Para la aplicación de este convenio se constituirá una comisión de seguimiento integrada por dos personas designadas, de común acuerdo, por Ecuasanitas, SA, y por la Consejera de Trabajo, Migraciones y Seguridad Social de la Embajada de España en Ecuador, así como por un representante de la Consejería y por un representante del Consejo de Residentes Españoles en aquel país.

La Comisión estará presidida por la persona titular de la Consejería de Trabajo, Migraciones y Seguridad Social de la Embajada de España o la persona en que éste delegue.

La finalidad de la Comisión de seguimiento es asegurar la adecuada aplicación de este convenio y velar por el cumplimiento del principio de equidad en el trato a los beneficiarios del mismo.

Esta Comisión llevará a cabo las funciones de seguimiento, vigilancia y control de la ejecución del convenio y de los compromisos adquiridos por los firmantes. Esta Comisión resolverá los problemas de interpretación y cumplimiento que puedan plantearse respecto del convenio, conforme a lo dispuesto en el artículo 49 f) de la Ley 40/2015, de 1 de octubre.

Duodécima. *Orden jurisdiccional competente.*

Las cuestiones litigiosas que pudieran derivar de la interpretación o aplicación del presente convenio serán sometidas al orden jurisdiccional contencioso-administrativo español.

Decimotercera. *Eficacia y duración del convenio.*

El presente convenio resultará eficaz una vez inscrito en el plazo de cinco días hábiles desde su formalización en el Registro Electrónico Estatal de Órganos e Instrumentos de Cooperación del sector público estatal, al que se refiere la disposición adicional séptima de la Ley 40/2015 de 1 de octubre. Asimismo, será publicado en el plazo de diez días desde su formalización en el «Boletín Oficial del Estado».

El convenio tendrá una duración de cuatro años desde la fecha en que resulte eficaz, prorrogable por acuerdo de los firmantes, siendo preciso, en cumplimiento del

artículo 49.h).2.^a de la Ley 40/2015 de 1 de octubre, adoptar el acuerdo antes la finalización del plazo inicial, debiendo ser comunicada la prórroga al Registro Electrónico estatal de Órganos e Instrumentos de Cooperación al que se refiere la disposición adicional séptima de la misma Ley, así como no tener dicha prórroga una duración superior a 4 años.

Decimocuarta. *Causas de extinción del convenio.*

El presente convenio se extinguirá, de acuerdo con lo dispuesto por el artículo 51 de la ley 40/2015, de 1 de octubre de Régimen Jurídico del Sector Público por el cumplimiento de las actuaciones que constituyen su objeto o por incurrir en causa de resolución.

Tal y como dispone el artículo del párrafo anterior, son causas de resolución del convenio:

- a) El transcurso del plazo de vigencia del convenio sin haberse acordado la prórroga del mismo.
- b) El acuerdo unánime de todos los firmantes.
- c) El incumplimiento de las obligaciones y compromisos asumidos por parte de alguno de los firmantes.

En este caso, cualquiera de las partes podrá notificar a la parte incumplidora un requerimiento para que cumpla en el plazo de tres meses con las obligaciones o compromisos que se consideran incumplidos. Este requerimiento será comunicado al responsable del mecanismo de seguimiento, vigilancia y control de la ejecución del convenio y a las demás partes firmantes.

Si trascurrido el plazo indicado en el requerimiento persistiera el incumplimiento, la parte que lo dirigió notificará a las partes firmantes la concurrencia de la causa de resolución y se entenderá resuelto el convenio, sin indemnización

- d) Por decisión judicial declaratoria de la nulidad del convenio.
- e) Por cualquier otra causa distinta de las anteriores prevista en el convenio o en otras leyes.

En el supuesto de extinción del presente convenio, las personas que se encontraran hospitalizadas en la fecha de expiración del mismo, continuarán beneficiándose de dicha atención en tanto subsista la causa que ha generado el internamiento.

Decimoquinta. *Modificación del convenio.*

Toda modificación de las cláusulas del presente convenio requerirá el acuerdo expreso y por escrito de ambas partes, que será tramitado mediante adenda conforme a lo dispuesto en la Ley 40/2015. Las modificaciones surtirán efectos a partir de su inscripción en el Registro Electrónico estatal de Órganos e Instrumentos de Cooperación en el plazo de 5 días hábiles desde su formalización. Asimismo, serán publicadas en el plazo de 10 días hábiles desde su formalización en el «Boletín Oficial del Estado».

Decimosexta. *Protección de datos de carácter personal.*

Las partes firmantes se obligan a cumplir la normativa sobre protección de datos de carácter personal que sea de aplicación tanto en Ecuador como en España, con respecto a los datos personales obtenidos de los beneficiarios de la asistencia sanitaria, recabando de los mismos cuantos consentimientos relativos a su uso pudieran resultar necesarios.

Y en prueba de conformidad, ambas partes firman el presente convenio por duplicado ejemplar, en el lugar y fecha indicados en el encabezamiento.—Por el Ministerio de Inclusión, Migraciones y Seguridad Social, el Director General de Migraciones, Santiago Antonio Yerga Cobos.—Por Ecuasanitas, SA, el Gerente General, Patricio Ávila Rivas.

ANEXO

Formulario 3. Porcentajes de financiamiento de acuerdo al nivel plantilla plan total corporativo (VIP) 15.000 N2 Consejería de Trabajo Migraciones y Seguridad Social

NOMBRE DEL PLAN:		PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD									
NIVEL DEL PLAN:		PRESTADORES FUERA DE CONVENIO									
TIPO DE PLAN:		RED CERRADA CONVENIO					CUADRO MÉDICO				
ÁMBITO GEOGRÁFICO DE COBERTURA:		Ecuador					NIVEL 1 NIVEL 2 NIVEL 3 NIVEL 4 NIVEL 5 NIVEL 6				
MODALIDAD:		Cerrada									
MONTO MÁXIMO DE COBERTURA:		\$ 15.000 Anual por enfermedad									
TIPO DE DEDUCIBLE:		Individual									
VALOR DE DEDUCIBLE:		\$ 90 Anual por afiliado									
NOMBRE DEL TARIFARIO APLICABLE:		Tarifario de prestaciones para el Sistema Nacional de Salud (nivel III)									
PRESTACIONES SANITARIAS		(SUB)LÍMITES DE COBERTURA (en cantidad y valor a ser cubierto)									
HOSPITAL DEL DÍA Y ATENCIÓN DE EMERGENCIA QUE NO REQUIERA HOSPITALIZACIÓN	HASTA EL MONTO CONTRATADO	80%	80%	65%	55%	45%	35%	a) Libre elección: El producto de las UVR del tarifario de prestaciones para el Sistema Nacional de Salud (nivel III) por los factores de conversión monetarios indicados al final de la tabla, al 70%. b) Red Pública Integral de Salud y Red Complementaria: Tarifario del Sistema Nacional de Salud al 70%			
	HASTA EL MONTO CONTRATADO	80%	80%	65%	55%	45%	35%	a) Libre elección, hasta \$35 al 70%. b) Red Pública Integral de Salud y Red Complementaria, hasta \$35 al 70%.			
CONSULTA MÉDICA EN CONSULTORIO AL AÑO POR USUARIO TIENE UN COPAGO VARIABLE DE ACUERDO AL PRESTADOR Y NIVEL DEL PLAN CONTRATADO	HASTA EL MONTO CONTRATADO	Para reembolso de consulta sin ODA/ADS, aplica la tarifa del convenio con el prestador médico. Para el beneficio de consulta médica se aplicará un valor de copago de acuerdo al porcentaje de cobertura del plan y nivel del contrato del cliente, en ningún caso será menor a \$8 dólares, en los centros médicos integrales, se aplica los siguientes FEE: \$8 PRAXMED \$10 MEDIGLOBAL \$15 VERIS \$20 USFQ									

NOMBRE DEL PLAN:	Plantilla Plan Total Corporativo (VIP) 15.000 N2		PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD					
	NIVEL DEL PLAN:	TIPO DE PLAN:	RED CERRADA CONVENIO					
			CUADRO MÉDICO					
ÁMBITO GEOGRÁFICO DE COBERTURA:	Ecuador		PRESTADORES FUERA DE CONVENIO					
MODALIDAD:	Cerrada							
MONTO MÁXIMO DE COBERTURA:	\$ 15.000 Anual por enfermedad							
TIPO DE DEDUCIBLE:	Individual							
VALOR DE DEDUCIBLE:	\$ 90 Anual por afiliado							
NOMBRE DEL TARIFARIO APLICABLE:	Tarifario de prestaciones para el Sistema Nacional de Salud (nivel III)							
PRESTACIONES SANITARIAS	(SUB)LÍMITES DE COBERTURA (en cantidad y valor a ser cubierto)							
CONSULTAS MEDICINA ALTERNATIVA: HOMEOPATÍA Y ACUPUNTURA AL AÑO POR USUARIO, TIENE UN COPAGO VARIABLE DE ACUERDO AL PRESTADOR Y NIVEL DEL PLAN CONTRATADO	HASTA 20 CONSULTAS		NIVEL 1	NIVEL 2	NIVEL 3	NIVEL 4	NIVEL 5	NIVEL 6
TERAPIAS (REHABILITACIÓN, FÍSICA, RESPIRATORIA, DE LENGUAJE, OCUPACIONAL, PSICOPEDAGÓGICA Y CARDÍACA) AL AÑO POR USUARIO POR TIPO DE TERAPIA, TIENE UN COPAGO VARIABLE DE ACUERDO AL PRESTADOR Y NIVEL DEL PLAN CONTRATADO	HASTA 30 SESIONES POR TIPO DE TERAPIA		80%	80%	65%	55%	45%	35%
			"Para reembolso de terapias sin ODA/ADS, aplica la tarifa del convenio con el prestador médico. Para el beneficio de terapias se aplicará un valor de copago de acuerdo al porcentaje de cobertura del plan y nivel del contrato del cliente, en ningún caso será menor a \$8 dólares."					
			"a) Libre elección, hasta \$24 al 70%. b) Red Pública Integral de Salud y Red Complementaria, hasta \$24 al 70%."					

NOMBRE DEL PLAN:		PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD											
NIVEL DEL PLAN:		RED CERRADA CONVENIO											
TIPO DE PLAN:		CUADRO MÉDICO											
ÁMBITO GEOGRÁFICO DE COBERTURA:		NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3		NIVEL 4		NIVEL 5		NIVEL 6	
MODALIDAD:													
MONTO MÁXIMO DE COBERTURA:													
TIPO DE DEDUCIBLE:													
VALOR DE DEDUCIBLE:													
NOMBRE DEL TARIFARIO APLICABLE:													
PRESTACIONES SANITARIAS													
Plantilla Plan Total Corporativo (VIP) 15.000 NZ		Nivel 2											
Corporativo (VIP)		Ecuador											
Cerrada													
\$ 15.000 Anual por enfermedad													
Individual													
\$ 90 Anual por afiliado													
Tarifario de prestaciones para el Sistema Nacional de Salud (nivel III)													
(SUB)LÍMITES DE COBERTURA (en cantidad y valor a ser cubierto)													
HASTA 10 CONSULTAS		80%		80%		65%		55%		45%		35%	
HASTA EL MONTO CONTRATADO													
HASTA \$100		80%		80%		65%		55%		45%		35%	
HASTA EL MONTO CONTRATADO													
ASESORÍA NUTRICIONAL AL AÑO POR USUARIO, TIENE UN COPAGO VARIABLE DE ACUERDO AL PRESTADOR Y NIVEL DEL PLAN CONTRATADO													
CONSULTAS MÉDICAS A DOMICILIO (COPAGO POR CADA ATENCIÓN)													
MEDICINA ANCESTRAL (PRESENTAR FACTURA AUTORIZADA PARA ESTE TIPO DE SERVICIO) AL AÑO POR USUARIO													
ANÁLISIS CLÍNICOS, IMAGEN, ELECTROCARDIOGRAFÍA, ERGOMETRÍA													

a) En caso de que Ecuasánitas no disponga de prestadores con los servicios requeridos para atender la patología, autorizará la atención en prestadores fuera del cuadro médico de convenio de acuerdo a lo estipulado en cada servicio.
b) En caso de atenciones en la Red Pública Integral de Salud y Red Complementaria, de acuerdo a lo estipulado en cada servicio.

a) Libre elección, hasta \$35 al 70%.
b) Red Pública Integral de Salud y Red Complementaria, hasta \$35 al 70%."

a) Libre elección, hasta \$35 al 70%.
b) Red Pública Integral de Salud y Red Complementaria, hasta \$35 al 70%.

MEDICINA ANCESTRAL (PRESENTAR FACTURA AUTORIZADA PARA ESTE TIPO DE SERVICIO) AL AÑO POR USUARIO

"a) Libre elección: El producto de las UVR del tarifario de prestaciones para el Sistema Nacional de Salud (nivel III) por los factores de conversión monetarios indicados al final de la tabla, al 70%.
b) Red Pública Integral de Salud y Red Complementaria: Tarifario del Sistema Nacional de Salud al 70%."

Aplica copago de \$10 por atención

Al 80%

80% 80% 65% 55% 45% 35%

"Para los servicios de imagen, electrocardiografía y ergometría se aplicará un valor de copago de acuerdo al porcentaje de cobertura del plan y nivel del contrato del cliente, en ningún caso será menor a \$8 dólares.
Para los servicios de análisis clínicos se aplicará un valor de copago de acuerdo al porcentaje de cobertura del plan y nivel del contrato del cliente."

NOMBRE DEL PLAN:	PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD								
	RED CERRADA CONVENIO			PRESTADORES FUERA DE CONVENIO					
NIVEL DEL PLAN:	Plantilla Plan Total Corporativo (VIP) 15.000 NZ								
TIPO DE PLAN:	Nivel 2								
ÁMBITO GEOGRÁFICO DE COBERTURA:	Corporativo (VIP)								
MODALIDAD:	Ecuador								
MONTO MÁXIMO DE COBERTURA:	Cerrada								
TIPO DE DEDUCIBLE:	\$ 15.000 Anual por enfermedad								
VALOR DE DEDUCIBLE:	Individual								
NOMBRE DEL TARIFARIO APLICABLE:	\$ 90 Anual por afiliado								
PRESTACIONES SANITARIAS	Tarifario de prestaciones para el Sistema Nacional de Salud (nivel III)								
	(SUB)LÍMITES DE COBERTURA (en cantidad y valor a ser cubierto)								
ESTUDIOS ANATOMOPATOLÓGICOS, GENÉTICOS Y PARA ENFERMEDADES CONGÉNITAS PARA CONFIRMAR UN DIAGNÓSTICO	HASTA EL MONTO CONTRATADO		80%			"a) Libre elección: El producto de las UVR del tarifario de prestaciones para el Sistema Nacional de Salud (nivel III) por los factores de conversión monetarios indicados al final de la tabla, al 70%. b) Red Pública Integral de Salud y Red Complementaria: Tarifario del Sistema Nacional de Salud al 70%"			
ENFERMEDADES PSIQUIÁTRICAS DE BASE ORGÁNICA Y PSICOLÓGICAS AL AÑO POR USUARIO	HASTA \$200		80%			"a) Libre elección: El producto de las UVR del tarifario de prestaciones para el Sistema Nacional de Salud (nivel III) por los factores de conversión monetarios indicados al final de la tabla, al 70%. b) Red Pública Integral de Salud y Red Complementaria: Tarifario del Sistema Nacional de Salud al 70%"			
MEDICAMENTOS GENÉRICOS AL AÑO POR USUARIO	HASTA \$1.000 POR USUARIO Y POR AÑO		80%			Al 80%			
MEDICAMENTOS DE MARCA AL AÑO POR USUARIO	HASTA \$1.000 POR USUARIO Y POR AÑO		80%			Al 80%			
			NIVEL 1	NIVEL 2	NIVEL 3	NIVEL 4	NIVEL 5	NIVEL 6	
			80%	80%	65%	55%	45%	35%	
			80%	80%	65%	55%	45%	35%	

NOMBRE DEL PLAN:		PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD						
NIVEL DEL PLAN:		RED CERRADA CONVENIO						PRESTADORES FUERA DE CONVENIO
TIPO DE PLAN:		CUADRO MÉDICO					<p>a) En caso de que Ecuasanas no disponga de prestadores con los servicios requeridos para atender la patología, autorizará la atención en prestadores fuera del cuadro médico de convenio de acuerdo a lo estipulado en cada servicio.</p> <p>b) En caso de atenciones en la Red Pública Integral de Salud y Red Complementaria, de acuerdo a lo estipulado en cada servicio.</p>	
ÁMBITO GEOGRÁFICO DE COBERTURA:		NIVEL 1	NIVEL 2	NIVEL 3	NIVEL 4	NIVEL 5		NIVEL 6
MODALIDAD:								<p>"a) Libre elección: El producto de las UVR del tarifario de prestaciones para el Sistema Nacional de Salud (nivel III) por los factores de conversión monetarios indicados al final de la tabla, al 70%.</p> <p>b) Red Pública Integral de Salud y Red Complementaria: Tarifario del Sistema Nacional de Salud al 70%"</p>
MONTO MÁXIMO DE COBERTURA:								
TIPO DE DEDUCIBLE:								<p>"a) Libre elección: El producto de las UVR del tarifario de prestaciones para el Sistema Nacional de Salud (nivel III) por los factores de conversión monetarios indicados al final de la tabla, al 70%.</p> <p>b) Red Pública Integral de Salud y Red Complementaria: Tarifario del Sistema Nacional de Salud al 70%"</p>
VALOR DE DEDUCIBLE:								
NOMBRE DEL TARIFARIO APLICABLE:								<p>"a) Libre elección: El producto de las UVR del tarifario de prestaciones para el Sistema Nacional de Salud (nivel III) por los factores de conversión monetarios indicados al final de la tabla, al 70%.</p> <p>b) Red Pública Integral de Salud y Red Complementaria: Tarifario del Sistema Nacional de Salud al 70%"</p>
PRESTACIONES SANITARIAS								
DIÁLISIS Y HEMODIÁLISIS								<p>"a) Libre elección: El producto de las UVR del tarifario de prestaciones para el Sistema Nacional de Salud (nivel III) por los factores de conversión monetarios indicados al final de la tabla, al 70%.</p> <p>b) Red Pública Integral de Salud y Red Complementaria: Tarifario del Sistema Nacional de Salud al 70%"</p>
CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARIOS AL AÑO POR USUARIO (AMBULATORIA)								
URGENCIA								<p>"a) Libre elección: El producto de las UVR del tarifario de prestaciones para el Sistema Nacional de Salud (nivel III) por los factores de conversión monetarios indicados al final de la tabla, al 70%.</p> <p>b) Red Pública Integral de Salud y Red Complementaria: Tarifario del Sistema Nacional de Salud al 70%"</p>
Plantilla Plan Total Corporativo (VIP) 15.000 N2								
Nivel 2								
Corporativo (VIP)								
Ecuador								
Cerrada								
\$ 15.000 Anual por enfermedad								
Individual								
\$ 90 Anual por afiliado								
Tarifario de prestaciones para el Sistema Nacional de Salud (nivel III)								
(SUB)LÍMITES DE COBERTURA (en cantidad y valor a ser cubierto)								
HASTA EL MONTO CONTRATADO		80%	80%	65%	55%	45%	35%	<p>a) Libre elección, al 70%.</p> <p>b) Red Pública Integral de Salud y Red Complementaria, al 70%.</p>
HASTA \$ 500		Al 100%						
HASTA EL MONTO CONTRATADO		80%	80%	65%	55%	45%	35%	<p>"a) Libre elección: El producto de las UVR del tarifario de prestaciones para el Sistema Nacional de Salud (nivel III) por los factores de conversión monetarios indicados al final de la tabla, al 70%.</p> <p>b) Red Pública Integral de Salud y Red Complementaria: Tarifario del Sistema Nacional de Salud al 70%"</p>

NOMBRE DEL PLAN:		PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD					
NIVEL DEL PLAN:		RED CERRADA CONVENIO			CONVENIO		
TIPO DE PLAN:		PRESTADORES FUERA DE					
ÁMBITO GEOGRÁFICO DE COBERTURA:		RED CERRADA CONVENIO					
MODALIDAD:		CUADRO MÉDICO					
MONTO MÁXIMO DE COBERTURA:		a) En caso de que Ecuasánitas no disponga de prestadores con los servicios requeridos para atender la patología, autorizará la atención en prestadores fuera del cuadro médico de convenio de acuerdo a lo estipulado en cada servicio.					
TIPO DE DEDUCIBLE:		b) En caso de atenciones en la Red Pública Integral de Salud y Red Complementaria, de acuerdo a lo estipulado en cada servicio.					
VALOR DE DEDUCIBLE:							
NOMBRE DEL TARIFARIO APLICABLE:							
PRESTACIONES SANITARIAS		NIVEL 1	NIVEL 2	NIVEL 3	NIVEL 4	NIVEL 5	NIVEL 6
(SUBLÍMITES DE COBERTURA (en cantidad y valor a ser cubierto)							
ATENCIÓN PRE-HOSPITALARIA							
ATENCIÓN PRE-HOSPITALARIA: COBERTURA DE AMBULANCIA EN TRANSPORTE TERRESTRE LEGALMENTE AUTORIZADO AL AÑO POR USUARIO, VÍA REEMBOLSO	HASTA \$ 90	NO APLICA					
ATENCIÓN PRE-HOSPITALARIA: COBERTURA DE AMBULANCIA EN TRANSPORTE AÉREO O FLUVIAL LEGALMENTE AUTORIZADO AL AÑO POR USUARIO, VÍA DE REEMBOLSO	HASTA \$1.000	NO APLICA					
COBERTURA HOSPITALARIA							
CUARTO Y ALIMENTO DIARIO	HASTA \$ 110 POR DÍA	Al 100%					
ATENCIÓN HOSPITALARIA, AMBULANCIA (TRASLADO EN CASO QUE EL ESTADO DEL PACIENTE LO REQUIERA) DESDE EL LUGAR DEL EVENTO HASTA EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD POR TRANSFERENCIA O MOVILIZACIÓN ENTRE ESTABLECIMIENTOS SANITARIOS, CUARTO Y ALIMENTO, SERVICIOS HOSPITALARIOS, VISITA MÉDICA, CUIDADOS ENFERMERÍA, INTERCONSULTAS MÉDICAS, LABORATORIO Y ANATOMOPATOLÓGICO, IMAGEN, MEDICAMENTOS INTRAHOSPITALARIOS, INSUMOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS, HONORARIOS MÉDICOS, REHABILITACIÓN INTRAHOSPITALARIA, APOYO PSICOLÓGICO DURANTE LA ESTANCIA INTRAHOSPITALARIA, HEMODIÁLISIS Y DIÁLISIS PERITONEAL	HASTA EL MONTO CONTRATADO	90%	90%	75%	60%	50%	40%

NOMBRE DEL PLAN: NIVEL DEL PLAN: TIPO DE PLAN: ÁMBITO GEOGRÁFICO DE COBERTURA: MODALIDAD: MONTO MÁXIMO DE COBERTURA: TIPO DE DEDUCIBLE: VALOR DE DEDUCIBLE: NOMBRE DEL TARIFARIO APLICABLE: PRESTACIONES SANITARIAS	PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD									
	RED CERRADA CONVENIO					PRESTADORES FUERA DE CONVENIO				
	CUADRO MÉDICO									
	NIVEL 1	NIVEL 2	NIVEL 3	NIVEL 4	NIVEL 5	NIVEL 6				
Plantilla Plan Total Corporativo (VIP) 15.000 N2 Nivel 2 Corporativo (VIP) Ecuador Cerrada \$ 15.000 Anual por enfermedad Individual \$ 90 Anual por afiliado Tarifario de prestaciones para el Sistema Nacional de Salud (nivel III) (SUB)LÍMITES DE COBERTURA (en cantidad y valor a ser cubierto)	90%	90%	75%	60%	50%	40%	a) En caso de Ecuasanas no disponga de prestadores con los servicios requeridos para atender la patología, autorizará la atención en prestadores fuera del cuadro médico de convenio de acuerdo a lo estipulado en cada servicio. b) En caso de atenciones en la Red Pública Integral de Salud y Red Complementaria, de acuerdo a lo estipulado en cada servicio.			
HASTA EL MONTO CONTRATADO	90%	90%	75%	60%	50%	40%	"a) Libre elección: El producto de las UVR del tarifario de prestaciones para el Sistema Nacional de Salud (nivel III) por los factores de conversión monetarios indicados al final de la tabla, al 70%. b) Red Pública Integral de Salud y Red Complementaria: Tarifario del Sistema Nacional de Salud al 70%"			
HASTA EL MONTO CONTRATADO	90%	90%	75%	60%	50%	40%	a) Libre elección: El producto de las UVR del tarifario de prestaciones para el Sistema Nacional de Salud (nivel III) por los factores de conversión monetarios indicados al final de la tabla, al 70%. b) Red Pública Integral de Salud y Red Complementaria: Tarifario del Sistema Nacional de Salud al 70%			
HASTA EL MONTO CONTRATADO	90%	90%	75%	60%	50%	40%	"a) Libre elección: El producto de las UVR del tarifario de prestaciones para el Sistema Nacional de Salud (nivel III) por los factores de conversión monetarios indicados al final de la tabla, al 70%. b) Red Pública Integral de Salud y Red Complementaria: Tarifario del Sistema Nacional de Salud al 70%"			

NOMBRE DEL PLAN: NIVEL DEL PLAN: TIPO DE PLAN: ÁMBITO GEOGRÁFICO DE COBERTURA: MODALIDAD: MONTO MÁXIMO DE COBERTURA: TIPO DE DEDUCIBLE: VALOR DE DEDUCIBLE: NOMBRE DEL TARIFARIO APLICABLE: PRESTACIONES SANITARIAS	PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD									
	RED CERRADA CONVENIO									
	CUADRO MÉDICO									
	NIVEL 1	NIVEL 2	NIVEL 3	NIVEL 4	NIVEL 5	NIVEL 6	PRESTADORES FUERA DE CONVENIO			
Plantilla Plan Total Corporativo (VIP) 15.000 N2 Nivel 2 Corporativo (VIP) Ecuador Cerrada \$ 15.000 Anual por enfermedad Individual \$ 90 Anual por afiliado Tarifario de prestaciones para el Sistema Nacional de Salud (nivel III) (SUB)LÍMITES DE COBERTURA (en cantidad y valor a ser cubierto)	90%	90%	75%	60%	50%	40%	a) En caso de que Ecuasanas no disponga de prestadores con los servicios requeridos para atender la patología, autorizará la atención en prestadores fuera del cuadro médico de convenio de acuerdo a lo estipulado en cada servicio. b) En caso de atenciones en la Red Pública Integral de Salud y Red Complementaria, de acuerdo a lo estipulado en cada servicio.			
HASTA EL MONTO CONTRATADO	90%	90%	75%	60%	50%	40%	"a) Libre elección: El producto de las UVR del tarifario de prestaciones para el Sistema Nacional de Salud (nivel III) por los factores de conversión monetarios indicados al final de la tabla, al 70%. b) Red Pública Integral de Salud y Red Complementaria: Tarifario del Sistema Nacional de Salud al 70%"			
HASTA EL MONTO CONTRATADO	90%	90%	75%	60%	50%	40%	a) Libre elección: El producto de las UVR del tarifario de prestaciones para el Sistema Nacional de Salud (nivel III) por los factores de conversión monetarios indicados al final de la tabla, al 70%. b) Red Pública Integral de Salud y Red Complementaria: Tarifario del Sistema Nacional de Salud al 70%			
HASTA \$ 500	90%	90%	75%	60%	50%	40%	"a) Libre elección: El producto de las UVR del tarifario de prestaciones para el Sistema Nacional de Salud (nivel III) por los factores de conversión monetarios indicados al final de la tabla, al 70%. b) Red Pública Integral de Salud y Red Complementaria: Tarifario del Sistema Nacional de Salud al 70%"			
HONORARIOS INTERCONSULTAS HOSPITALARIA: 100% (acorde a tabla honorarios)										
HONORARIOS ATENCIÓN DE EMERGENCIA: 100% (acorde a tabla honorarios)										
ENFERMEDADES PSIQUIÁTRICAS DE BASE ORGÁNICA Y PSICOLÓGICAS AL AÑO POR USUARIO										

NOMBRE DEL PLAN:		PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD																											
NIVEL DEL PLAN:		RED CERRADA CONVENIO					PRESTADORES FUERA DE CONVENIO																						
TIPO DE PLAN:		CUADRO MÉDICO																											
ÁMBITO GEOGRÁFICO DE COBERTURA:		Nivel 2		Nivel 3		Nivel 4		Nivel 5		Nivel 6																			
MODALIDAD:		Ecuador		Cerrada		Individual		Individual		Individual																			
MONTO MÁXIMO DE COBERTURA:		\$ 15.000 Anual por enfermedad		\$ 90 Anual por afiliado		Tarifario de prestaciones para el Sistema Nacional de Salud (nivel III)		Tarifario de prestaciones para el Sistema Nacional de Salud (nivel III)		Tarifario de prestaciones para el Sistema Nacional de Salud (nivel III)																			
TIPO DE DEDUCIBLE:		Individual		Individual		Individual		Individual		Individual																			
VALOR DE DEDUCIBLE:		\$ 90 Anual por afiliado		Tarifario de prestaciones para el Sistema Nacional de Salud (nivel III)		Tarifario de prestaciones para el Sistema Nacional de Salud (nivel III)		Tarifario de prestaciones para el Sistema Nacional de Salud (nivel III)		Tarifario de prestaciones para el Sistema Nacional de Salud (nivel III)																			
NOMBRE DEL TARIFARIO APLICABLE:		Tarifario de prestaciones para el Sistema Nacional de Salud (nivel III)		Tarifario de prestaciones para el Sistema Nacional de Salud (nivel III)		Tarifario de prestaciones para el Sistema Nacional de Salud (nivel III)		Tarifario de prestaciones para el Sistema Nacional de Salud (nivel III)		Tarifario de prestaciones para el Sistema Nacional de Salud (nivel III)																			
PRESTACIONES SANITARIAS		<p>a) En caso de Ecuasanas no disponga de prestadores con los servicios requeridos para atender la patología, autorizará la atención en prestadores fuera del cuadro médico de convenio de acuerdo a lo estipulado en cada servicio.</p> <p>b) En caso de atenciones en la Red Pública Integral de Salud y Red Complementaria, de acuerdo a lo estipulado en cada servicio.</p>																											
INCLUYE TODOS LOS SERVICIOS Y ATENCIONES BRINDADOS Y UTILIZADOS DURANTE EL PERÍODO DE LA GESTACIÓN (CONTROLES PRENATALES, EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS, ABORTO NO PROVOCADO Y SUS COMPLICACIONES, PARTO VAGINAL O POR CESÁREA, EMBARAZO ECTÓPICO Y LAS COMPLICACIONES QUE SE PRESENTAREN ANTES, DURANTE Y DESPUÉS DEL PARTO Y ALUMBRAMIENTO), INCLUYENDO GASTOS DE RECIÉN NACIDO SIN COMPLICACIONES; CUANDO NO ESTÉ INCLUIDO EN LA AFILIACIÓN INTRAUTERINA (AMBULATORIA Y HOSPITALARIA)		<p>COBERTURA DE MATERNIDAD</p> <table border="1"> <tr> <td>80%</td> <td>80%</td> <td>65%</td> <td>55%</td> <td>45%</td> <td>35%</td> </tr> <tr> <td>Ambulatoria</td> <td>Hospitalaria</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>90%</td> <td>90%</td> <td>75%</td> <td>60%</td> <td>50%</td> <td>40%</td> </tr> </table> <p>"a) Libre elección: El producto de las UVR del tarifario de prestaciones para el Sistema Nacional de Salud (nivel III) por los factores de conversión monetarios indicados al final de la tabla, al 70%. b) Red Pública Integral de Salud y Red Complementaria: Tarifario del Sistema Nacional de Salud al 70%"</p>										80%	80%	65%	55%	45%	35%	Ambulatoria	Hospitalaria					90%	90%	75%	60%	50%	40%
80%	80%	65%	55%	45%	35%																								
Ambulatoria	Hospitalaria																												
90%	90%	75%	60%	50%	40%																								
RECIÉN NACIDO, ATENCIÓN INTEGRAL O COMPLICACIONES DEL RECIÉN NACIDO Y ATENCIÓN PERINATAL, EN CASO DE REALIZAR INCLUSIÓN INTRAUTERO AL AÑO POR USUARIO (AMBULATORIA Y HOSPITALARIA)		<p>COBERTURA AL RECIÉN NACIDO (R.N.)</p> <table border="1"> <tr> <td>80%</td> <td>80%</td> <td>65%</td> <td>55%</td> <td>45%</td> <td>35%</td> </tr> <tr> <td>Ambulatoria</td> <td>Hospitalaria</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>90%</td> <td>90%</td> <td>75%</td> <td>60%</td> <td>50%</td> <td>40%</td> </tr> </table> <p>a) Libre elección: El producto de las UVR del tarifario de prestaciones para el Sistema Nacional de Salud (nivel III) por los factores de conversión monetarios indicados al final de la tabla, al 70%. b) Red Pública Integral de Salud y Red Complementaria: Tarifario del Sistema Nacional de Salud al 70%</p>										80%	80%	65%	55%	45%	35%	Ambulatoria	Hospitalaria					90%	90%	75%	60%	50%	40%
80%	80%	65%	55%	45%	35%																								
Ambulatoria	Hospitalaria																												
90%	90%	75%	60%	50%	40%																								

NOMBRE DEL PLAN:		PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD													
NIVEL DEL PLAN:		RED CERRADA CONVENIO					PRESTADORES FUERA DE CONVENIO								
TIPO DE PLAN:		CUADRO MÉDICO													
ÁMBITO GEOGRÁFICO DE COBERTURA:		NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3		NIVEL 4		NIVEL 5		NIVEL 6			
MODALIDAD:		80%		80%		65%		55%		45%		35%			
MOMTO MÁXIMO DE COBERTURA:		90%		90%		75%		60%		50%		40%			
TIPO DE DEDUCIBLE:		Ambulatoria		Hospitalaria											
VALOR DE DEDUCIBLE:		HASTA \$500													
NOMBRE DEL TARIFARIO APLICABLE:		Ambulatoria		Hospitalaria											
PRESTACIONES SANITARIAS		(SUB)LÍMITES DE COBERTURA (en cantidad y valor a ser cubierto)													
RECÉN NACIDO, ATENCIÓN INTEGRAL O COMPLICACIONES DEL RECÉN NACIDO Y ATENCIÓN PERINATAL (HASTA 7 DÍAS DE NACIDO), EN CASO DE NO REALIZAR AFILIACIÓN INTRAÚTERO AL AÑO POR USUARIO (AMBULATORIA Y HOSPITALARIA)		HASTA \$500		Hospitalaria											
ATENCIÓN DE ENFERMEDADES CRÓNICAS Y CATASTRÓFICAS SOBREVINIENTES AL AÑO POR USUARIO (AMBULATORIA Y HOSPITALARIA)		HASTA \$ 7.500		Ambulatoria		65%		55%		45%		35%			
EMERGENCIAS (AMBULATORIA Y HOSPITALARIA)		HASTA EL MONTO CONTRATADO		Hospitalaria		75%		60%		50%		40%			
				80%		80%		60%		50%		40%			
				90%		90%		75%		60%		40%			
				80%		65%		55%		45%		35%			
				90%		75%		60%		50%		40%			
COBERTURAS OBLIGATORIAS															
				80%		80%		65%		55%		45%		35%	
				90%		90%		75%		60%		50%		40%	
				80%		80%		65%		55%		45%		35%	
				90%		90%		75%		60%		50%		40%	

NOMBRE DEL PLAN:		PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD											
NIVEL DEL PLAN:		RED CERRADA CONVENIO					PRESTADORES FUERA DE CONVENIO						
TIPO DE PLAN:		CUADRO MÉDICO											
ÁMBITO GEOGRÁFICO DE COBERTURA:		NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3		NIVEL 4		NIVEL 5		NIVEL 6	
MODALIDAD:		NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3		NIVEL 4		NIVEL 5		NIVEL 6	
MONTO MÁXIMO DE COBERTURA:		NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3		NIVEL 4		NIVEL 5		NIVEL 6	
TIPO DE DEDUCIBLE:		NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3		NIVEL 4		NIVEL 5		NIVEL 6	
VALOR DE DEDUCIBLE:		NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3		NIVEL 4		NIVEL 5		NIVEL 6	
NOMBRE DEL TARIFARIO APLICABLE:		NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3		NIVEL 4		NIVEL 5		NIVEL 6	
PRESTACIONES SANITARIAS		NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3		NIVEL 4		NIVEL 5		NIVEL 6	
PREVENCIÓN PRIMARIA TARIFA CERO, APLICA EN RED CERRADA		NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3		NIVEL 4		NIVEL 5		NIVEL 6	
OTRAS QUE DETERMINE LA AUTORIDAD COMPETENTE AL AÑO POR USUARIO (AMBULATORIA Y HOSPITALARIA)		NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3		NIVEL 4		NIVEL 5		NIVEL 6	
FÓRMULAS ALIMENTICIAS MEDICADAS, LECHE MEDICADA AL AÑO POR USUARIO (AMBULATORIA Y HOSPITALARIA)		NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3		NIVEL 4		NIVEL 5		NIVEL 6	
GASTOS ADICIONALES DE ACOMPAÑANTES EN CLÍNICAS Y HOSPITALES DIARIO (HOSPITALIZACIÓN DE REGÉN NACIDO, MENORES DE 16 AÑOS Y ADULTOS MAYORES DE 75 AÑOS EN ADELANTE), DIARIO POR USUARIO		NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3		NIVEL 4		NIVEL 5		NIVEL 6	
CONDICIONES DE SALUD QUE SEAN CONSECUENCIA DE ACCIONES Y/O ENFERMEDADES POR USO DE DROGAS, EMBRIAGUEZ, ALCOHOLISMO Y LESIONES DEBIDO A TRASTORNOS DE SALUD MENTAL, DEMENCIA, INTENTO DE SUICIDIO AL AÑO POR USUARIO		NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3		NIVEL 4		NIVEL 5		NIVEL 6	
Plantilla Plan Total Corporativo (VIP) 15.000 N2 Nivel 2		RED CERRADA CONVENIO											
Corporativo (VIP) Ecuador		CUADRO MÉDICO											
Cerrada													
\$ 15.000 Anual por enfermedad Individual													
\$ 90 Anual por afiliado													
Tarifario de prestaciones para el Sistema Nacional de Salud (nivel III)													
(SUB)LÍMITES DE COBERTURA (en cantidad y valor a ser cubierto)													
COMO INDICA LA TABLA TARIFA CERO		Aplica en prestadores direccionados por Ecuasanas, según ciclo de vida											
HASTA EL MONTO CONTRATADO		Ambulatoria		80%		80%		80%		80%		80%	
		Hospitalaria		90%		90%		90%		90%		90%	
HASTA \$300		Al 100%											
HASTA \$ 30		Al 80%											
HASTA \$ 200 AMBULATORIA		80%		80%		65%		55%		45%		35%	
HASTA \$ 500 HOSPITALARIA		90%		90%		75%		60%		50%		40%	
PRESTACIONES FUERA DE CONVENIO		NO APLICA											
"a) Libre elección: El producto de las UVR del tarifario de prestaciones para el Sistema Nacional de Salud (nivel III) por los factores de conversión monetarios indicados al final de la tabla, al 70%. b) Red Pública Integral de Salud y Red Complementaria: Tarifario del Sistema Nacional de Salud al 70%"													
"a) Libre elección: El producto de las UVR del tarifario de prestaciones para el S. Nacional de Salud (n. III) por los factores de conversión monetarios indicados al final de la tabla, al 70%.b) Red Pública Integral de Salud y Red Complementaria: Tarifario del S. Nacional de Salud al 70%"													
"a) Libre elección: El producto de las UVR del tarifario de prestaciones para el S.Nacional de Salud (n.III) por los factores de conversión monetarios al final de la tabla, al 70%. b) Red Pública Integral de Salud y Red Complementaria: Tarifario del S.Nacional de Salud al 70%"													

NOMBRE DEL PLAN:		PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD											
NIVEL DEL PLAN:		RED CERRADA CONVENIO											
TIPO DE PLAN:		CUADRO MÉDICO											
ÁMBITO GEOGRÁFICO DE COBERTURA:		NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3		NIVEL 4		NIVEL 5		NIVEL 6	
MODALIDAD:		80%		80%		65%		55%		45%		35%	
MONTO MÁXIMO DE COBERTURA:		90%		90%		75%		60%		50%		40%	
TIPO DE DEDUCIBLE:		AMBULATORIA		HOSPITALARIA		NO APLICA		NO APLICA		NO APLICA		Vía reembolso al 100%	
VALOR DE DEDUCIBLE:		HASTA \$ 1.000		HASTA \$ 20		HASTA \$ 20		HASTA \$ 20		HASTA \$ 20		HASTA \$ 20	
NOMBRE DEL TARIFARIO APLICABLE:		HASTA \$ 1.500		HASTA \$ 1.500		HASTA \$ 1.500		HASTA \$ 1.500		HASTA \$ 1.500		HASTA \$ 1.500	
PRESTACIONES SANITARIAS		HASTA \$ 1.000		HASTA \$ 20		HASTA \$ 20		HASTA \$ 20		HASTA \$ 20		HASTA \$ 20	
TRATAMIENTOS DENTALES CUANDO ESTOS SEAN CAUSADOS POR ACCIDENTES AL AÑO POR USUARIO (AMBULATORIA Y HOSPITALARIA)		HASTA \$ 1.000		HASTA \$ 20		HASTA \$ 20		HASTA \$ 20		HASTA \$ 20		HASTA \$ 20	
TRATAMIENTO O MEDICAMENTOS ANTICONCEPTIVOS TEMPORALES O DEFINITIVOS VÍA REEMBOLSO AL AÑO POR USUARIO		HASTA \$ 1.000		HASTA \$ 20		HASTA \$ 20		HASTA \$ 20		HASTA \$ 20		HASTA \$ 20	
BYPASS GÁSTRICO O MANGA GÁSTRICA, EN CASOS DE OBESIDAD MÓRBIDA AL AÑO POR USUARIO (AMBULATORIA Y HOSPITALARIA)		HASTA \$ 1.000		HASTA \$ 20		HASTA \$ 20		HASTA \$ 20		HASTA \$ 20		HASTA \$ 20	
TRASPLANTE DE ÓRGANOS NO EXPERIMENTAL PARA EL AFILIADO: ESTA COBERTURA CORRESPONDE A LOS PROCEDIMIENTOS DE PRE-TRASPLANTE, TRASPLANTE Y POST-TRASPLANTE DEL DONANTE Y RECEPTOR		HASTA \$ 1.000		HASTA \$ 20		HASTA \$ 20		HASTA \$ 20		HASTA \$ 20		HASTA \$ 20	
Plantilla Plan Total Corporativo (VIP) 15.000 N2		PRESTADORES FUERA DE CONVENIO											
Nivel 2		PRESTADORES FUERA DE CONVENIO											
Corporativo (VIP)		PRESTADORES FUERA DE CONVENIO											
Ecuador		PRESTADORES FUERA DE CONVENIO											
Cerrada		PRESTADORES FUERA DE CONVENIO											
\$ 15.000 Anual por enfermedad		PRESTADORES FUERA DE CONVENIO											
Individual		PRESTADORES FUERA DE CONVENIO											
\$ 90 Anual por afiliado		PRESTADORES FUERA DE CONVENIO											
Tarifario de prestaciones para el Sistema Nacional de Salud (nivel III)		PRESTADORES FUERA DE CONVENIO											
(SUB)LÍMITES DE COBERTURA (en cantidad y valor a ser cubierto)		PRESTADORES FUERA DE CONVENIO											
AMBULATORIA		80%		80%		65%		55%		45%		35%	
HOSPITALARIA		90%		90%		75%		60%		50%		40%	
HASTA \$ 1.000		80%		80%		65%		55%		45%		35%	
HASTA \$ 20		90%		90%		75%		60%		50%		40%	
HASTA \$ 1.500		90%		90%		75%		60%		50%		40%	
HASTA \$ 7.500		90%		90%		75%		60%		50%		40%	
OTRAS COBERTURAS		90%		90%		75%		60%		50%		40%	
"a) Libre elección: El producto de las UVR del tarifario de prestaciones para el Sistema Nacional de Salud (nivel III) por los factores de conversión monetarios indicados al final de la tabla, al 70%.		90%		90%		75%		60%		50%		40%	
b) Red Pública Integral de Salud y Red Complementaria: Tarifario del Sistema Nacional de Salud al 70%"		90%		90%		75%		60%		50%		40%	

NOMBRE DEL PLAN:		PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD													
NIVEL DEL PLAN:		PRESTADORES FUERA DE CONVENIO													
TIPO DE PLAN:		RED CERRADA CONVENIO				CUADRO MÉDICO									
ÁMBITO GEGRÁFICO DE COBERTURA:		NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3		NIVEL 4		NIVEL 5		NIVEL 6			
MODALIDAD:															
MONTA MÁXIMO DE COBERTURA:															
TIPO DE DEDUCIBLE:															
VALOR DE DEDUCIBLE:															
NOMBRE DEL TARIFARIO APLICABLE:															
PRESTACIONES SANITARIAS															
<p>PRÓTESIS, IMPLANTES (DENTALES SOLO EL CASO DE ACCIDENTES), STENTS, LENTES INTRAOCULARES, MARCAPASOS, MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS, ENDO-PRÓTESIS (EN LOS CASOS QUE ÉSTAS SEAN DE TEJIDO DE ORIGEN ANIMAL) AL AÑO POR USUARIO, PARA CADA TIPO DE PRESTACIÓN (AMBULATORIA Y HOSPITALARIA)</p> <p>PANDEMIA DECLARADA (COBERTURA CON PRUEBA PCR POSITIVA; LOS MEDICAMENTOS SERÁN CUBIERTOS, SEGÚN FINANCIAMIENTO AMBULATORIO ESTABLECIDO ANTERIORMENTE EN ESTA TABLA) AL AÑO POR USUARIO (AMBULATORIA Y HOSPITALARIA)</p> <p>CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA O CORRECTIVA ONCOLÓGICA CON FINES FUNCIONALES AL AÑO POR USUARIO (AMBULATORIA Y HOSPITALARIA)</p>		<p>Plantilla Plan Total Corporativo (VIP) 15.000 N2</p> <p>Nivel 2</p> <p>Corporativo (VIP)</p> <p>Ecuador</p> <p>Cerrada</p> <p>\$ 15.000 Anual por enfermedad Individual</p> <p>\$ 90 Anual por afiliado</p> <p>Tarifario de prestaciones para el Sistema Nacional de Salud (nivel III)</p> <p>(SUB)LÍMITES DE COBERTURA (en cantidad y valor a ser cubierto)</p>		<p>HASTA \$ 450</p>		<p>Al 100%</p>		<p>"a) Libre elección: El producto de las UVR del tarifario de prestaciones para el Sistema Nacional de Salud (nivel III) por los factores de conversión monetarios indicados al final de la tabla, al 70%.</p> <p>b) Red Pública Integral de Salud y Red Complementaria: Tarifario del Sistema Nacional de Salud al 70%"</p>							
<p>HASTA \$ 7.500</p>		<p>AMBULATORIA</p>		<p>80%</p>		<p>80%</p>		<p>65%</p>		<p>55%</p>		<p>45%</p>		<p>35%</p>	
<p>HASTA \$ 1.000</p>		<p>HOSPITALARIA</p>		<p>90%</p>		<p>90%</p>		<p>75%</p>		<p>60%</p>		<p>50%</p>		<p>40%</p>	
<p>HASTA \$ 1.000</p>		<p>AMBULATORIA</p>		<p>80%</p>		<p>80%</p>		<p>65%</p>		<p>55%</p>		<p>45%</p>		<p>35%</p>	
<p>HASTA \$ 1.000</p>		<p>HOSPITALARIA</p>		<p>90%</p>		<p>90%</p>		<p>75%</p>		<p>60%</p>		<p>50%</p>		<p>40%</p>	

NOMBRE DEL PLAN: NIVEL DEL PLAN: TIPO DE PLAN: ÁMBITO GEOGRÁFICO DE COBERTURA: MODALIDAD: MONTO MÁXIMO DE COBERTURA: TIPO DE DEDUCIBLE: VALOR DE DEDUCIBLE: NOMBRE DEL TARIFARIO APLICABLE: PRESTACIONES SANITARIAS	PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD									
	RED CERRADA CONVENIO					PRESTADORES FUERA DE CONVENIO				
	NIVEL 1	NIVEL 2	NIVEL 3	NIVEL 4	NIVEL 5	NIVEL 6				
Plantilla Plan Total Corporativo (VIP) 15.000 N2	80%	80%	65%	55%	45%	35%				
Nivel 2	80%	80%	65%	55%	45%	35%				
Corporativo (VIP)	90%	90%	75%	60%	50%	40%				
Ecuador	90%	90%	75%	60%	50%	40%				
Cerrada	90%	90%	75%	60%	50%	40%				
\$ 15.000 Anual por enfermedad	90%	90%	75%	60%	50%	40%				
Individual	90%	90%	75%	60%	50%	40%				
\$ 90 Anual por afiliado	90%	90%	75%	60%	50%	40%				
Tarifario de prestaciones para el Sistema Nacional de Salud (nivel III)	90%	90%	75%	60%	50%	40%				
(SUBLÍMITES DE COBERTURA (en cantidad y valor a ser cubierto)	90%	90%	75%	60%	50%	40%				
EMERGENCIA MÉDICA DE PREEXISTENCIA EN PERÍODO DE CARENCIA (INCLUYE TODO EL EQUIPAMIENTO INSUMOS Y MEDICAMENTOS NECESARIOS) HASTA LA ESTABILIZACIÓN DEL PACIENTE AL AÑO POR USUARIO (AMBULATORIA Y HOSPITALARIA)	HASTA \$ 200	80%	65%	55%	45%	35%	"a) Libre elección: El producto de las UVR del tarifario de prestaciones para el Sistema Nacional de Salud (nivel III) por los factores de conversión monetarios indicados al final de la tabla, al 70%. b) Red Pública Integral de Salud y Red Complementaria: Tarifario del Sistema Nacional de Salud al 70%"			
ENFERMEDADES CONGÉNITAS, GENÉTICAS Y HEREDITARIAS SOBREVINIENTES A LA FECHA DE AFILIACIÓN AL AÑO POR USUARIO (AMBULATORIA Y HOSPITALARIA)	HASTA EL MONTO CONTRATADO	80%	65%	55%	45%	35%	"a) Libre elección: El producto de las UVR del tarifario de prestaciones para el Sistema Nacional de Salud (nivel III) por los factores de conversión monetarios indicados al final de la tabla, al 70%. b) Red Pública Integral de Salud y Red Complementaria: Tarifario del Sistema Nacional de Salud al 70%"			
ENFERMEDADES POR VIH Y SIDA SOBREVINIENTES A LA FECHA DE AFILIACIÓN AL AÑO POR USUARIO (AMBULATORIA Y HOSPITALARIA)	HASTA \$ 1.500	80%	65%	55%	45%	35%	"a) Libre elección: El producto de las UVR del tarifario de prestaciones para el Sistema Nacional de Salud (nivel III) por los factores de conversión monetarios indicados al final de la tabla, al 70%. b) Red Pública Integral de Salud y Red Complementaria: Tarifario del Sistema Nacional de Salud al 70%"			

NOMBRE DEL PLAN:		PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD											
NIVEL DEL PLAN:		RED CERRADA CONVENIO											
TIPO DE PLAN:		CUADRO MÉDICO											
ÁMBITO GEOGRÁFICO DE COBERTURA:		NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3		NIVEL 4		NIVEL 5		NIVEL 6	
MODALIDAD:		CORPORATIVO (VIP)		CORPORATIVO (VIP)		CORPORATIVO (VIP)		CORPORATIVO (VIP)		CORPORATIVO (VIP)		CORPORATIVO (VIP)	
MOMTO MÁXIMO DE COBERTURA:		Ecuador		Ecuador		Ecuador		Ecuador		Ecuador		Ecuador	
TIPO DE DEDUCIBLE:		Cerrada		Cerrada		Cerrada		Cerrada		Cerrada		Cerrada	
VALOR DE DEDUCIBLE:		\$ 15.000 Anual por enfermedad Individual		\$ 15.000 Anual por enfermedad Individual		\$ 15.000 Anual por enfermedad Individual		\$ 15.000 Anual por enfermedad Individual		\$ 15.000 Anual por enfermedad Individual		\$ 15.000 Anual por enfermedad Individual	
NOMBRE DEL TARIFARIO APLICABLE:		\$ 90 Anual por afiliado		\$ 90 Anual por afiliado		\$ 90 Anual por afiliado		\$ 90 Anual por afiliado		\$ 90 Anual por afiliado		\$ 90 Anual por afiliado	
PRESTACIONES SANITARIAS		Tarifario de prestaciones para el Sistema Nacional de Salud (nivel III)		Tarifario de prestaciones para el Sistema Nacional de Salud (nivel III)		Tarifario de prestaciones para el Sistema Nacional de Salud (nivel III)		Tarifario de prestaciones para el Sistema Nacional de Salud (nivel III)		Tarifario de prestaciones para el Sistema Nacional de Salud (nivel III)		Tarifario de prestaciones para el Sistema Nacional de Salud (nivel III)	
DISCAPACIDADES, A PARTIR DEL PRIMER DÍA DEL CUARTO MES CONTADOS DESDE LA SUSCRIPCIÓN DEL USUARIO AL CONTRATO (ACREDITACIÓN DEL 30% DE SU CONDICIÓN SEGÚN LA LEY Y NORMATIVA VIGENTE) AL AÑO POR USUARIO (AMBULATORIA Y HOSPITALARIA)		(SUB)LÍMITES DE COBERTURA (en cantidad y valor a ser cubierto)		(SUB)LÍMITES DE COBERTURA (en cantidad y valor a ser cubierto)		(SUB)LÍMITES DE COBERTURA (en cantidad y valor a ser cubierto)		(SUB)LÍMITES DE COBERTURA (en cantidad y valor a ser cubierto)		(SUB)LÍMITES DE COBERTURA (en cantidad y valor a ser cubierto)		(SUB)LÍMITES DE COBERTURA (en cantidad y valor a ser cubierto)	
PREEXISTENCIAS AL AÑO POR USUARIO (AMBULATORIA Y HOSPITALARIA)		AMBULATORIA		AMBULATORIA		AMBULATORIA		AMBULATORIA		AMBULATORIA		AMBULATORIA	
		HASTA 20 SALARIOS BÁSICOS UNIFICADOS		HOSPITALARIA		HOSPITALARIA		HOSPITALARIA		HOSPITALARIA		HOSPITALARIA	
PREEXISTENCIAS AL AÑO POR USUARIO (AMBULATORIA Y HOSPITALARIA)		A PARTIR DEL PRIMER DÍA DEL CUARTO MES DE AFILIACIÓN HASTA \$ 2.000 Y A PARTIR DEL PRIMER DÍA DEL VIGÉSIMO QUINTO MES DE AFILIACIÓN HASTA 20 SALARIOS BÁSICOS UNIFICADOS		A PARTIR DEL PRIMER DÍA DEL CUARTO MES DE AFILIACIÓN HASTA \$ 2.000 Y A PARTIR DEL PRIMER DÍA DEL VIGÉSIMO QUINTO MES DE AFILIACIÓN HASTA 20 SALARIOS BÁSICOS UNIFICADOS		A PARTIR DEL PRIMER DÍA DEL CUARTO MES DE AFILIACIÓN HASTA \$ 2.000 Y A PARTIR DEL PRIMER DÍA DEL VIGÉSIMO QUINTO MES DE AFILIACIÓN HASTA 20 SALARIOS BÁSICOS UNIFICADOS		A PARTIR DEL PRIMER DÍA DEL CUARTO MES DE AFILIACIÓN HASTA \$ 2.000 Y A PARTIR DEL PRIMER DÍA DEL VIGÉSIMO QUINTO MES DE AFILIACIÓN HASTA 20 SALARIOS BÁSICOS UNIFICADOS		A PARTIR DEL PRIMER DÍA DEL CUARTO MES DE AFILIACIÓN HASTA \$ 2.000 Y A PARTIR DEL PRIMER DÍA DEL VIGÉSIMO QUINTO MES DE AFILIACIÓN HASTA 20 SALARIOS BÁSICOS UNIFICADOS		A PARTIR DEL PRIMER DÍA DEL CUARTO MES DE AFILIACIÓN HASTA \$ 2.000 Y A PARTIR DEL PRIMER DÍA DEL VIGÉSIMO QUINTO MES DE AFILIACIÓN HASTA 20 SALARIOS BÁSICOS UNIFICADOS	
		APARATOS ORTOPÉDICOS, ÓRTESIS (SE EXCLUYE MARCOS Y CRISTALES ÓPTICOS) PRESCRITOS POR EL ESPECIALISTA AL AÑO POR USUARIO		HASTA \$ 50		HASTA \$ 50		HASTA \$ 50		HASTA \$ 50		HASTA \$ 50	

NOMBRE DEL PLAN:	PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD					
	NIVEL DEL PLAN:	Plantilla Plan Total Corporativo (VIP) 15.000 N2 Nivel 2	RED CERRADA CONVENIO			PRESTADORES FUERA DE CONVENIO
			CUADRO MÉDICO			
TIPO DE PLAN:	Corporativo (VIP)					a) En caso de que Ecuasantitas no disponga de prestadores con los servicios requeridos para atender la patología, autorizará la atención en prestadores fuera del cuadro médico de convenio de acuerdo a lo estipulado en cada servicio. b) En caso de atenciones en la Red Pública Integral de Salud y Red Complementaria, de acuerdo a lo estipulado en cada servicio.
ÁMBITO GEOGRÁFICO DE COBERTURA:	Ecuador					
MODALIDAD:	Cerrada					"a) Libre elección: El producto de las UVR del tarifario de prestaciones para el Sistema Nacional de Salud (nivel III) por los factores de conversión monetarios indicados al final de la tabla, al 70%. b) Red Pública Integral de Salud y Red Complementaria: Tarifario del Sistema Nacional de Salud al 70%"
MONTO MÁXIMO DE COBERTURA:	\$ 15.000 Anual por enfermedad Individual					
TIPO DE DEDUCIBLE:	\$ 90 Anual por afiliado					"a) Libre elección: El producto de las UVR del tarifario de prestaciones para el Sist.Nacional de Salud (nivel III) por los factores de conversión monetarios indicados al final de la tabla, al 70%. b) Red Pública Integral de Salud y Red Complementaria: Tarifario del Sist.Nacional de Salud al 70%"
VALOR DE DEDUCIBLE:	Tarifario de prestaciones para el Sistema Nacional de Salud (nivel III)					
NOMBRE DEL TARIFARIO APLICABLE:	(SUB)LÍMITES DE COBERTURA (en cantidad y valor a ser cubierto)					
PRESTACIONES SANITARIAS						
VACUNAS, PARA RECIÉN NACIDO (CON COBERTURA), HASTA LOS 2 PRIMEROS AÑOS, CORRESPONDIENTES AL ESQUEMA DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA AL AÑO POR USUARIO	HASTA \$ 50				Al 100%	
COBERTURA DENTAL NO ESTÉTICA: EXAMEN CLÍNICO Y DIAGNÓSTICO CONSULTA CON ESPECIALISTAS, FASE HIGIÉNICA (PROFILAXIS), RAYOS X (PERIAPICALES), URGENCIAS - ALIVIO DEL DOLOR, APLICA EN RED CERRADA	HASTA EL MONTO CONTRATADO				Al 100%	NO APLICA
COBERTURA DENTAL NO ESTÉTICA: RESINA SIMPLE, RESINA COMPUESTA Y RESINA COMPLEJA. EXTRACCIÓN SIMPLE. REMOCIÓN DE CÁLCULOS SUPRAGINGIVALES, APLICA EN RED CERRADA	HASTA EL MONTO CONTRATADO				Al 70%	NO APLICA
COBERTURA INTERNACIONAL SOLO EN CASO DE EMERGENCIA VÍA REEMBOLSO	HASTA EL MONTO CONTRATADO				NO APLICA	

NOMBRE DEL PLAN:	PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD								
	RED CERRADA CONVENIO								
	CUADRO MÉDICO								
NIVEL DEL PLAN:	Plantilla Plan Total Corporativo (VIP) 15.000 N2	NIVEL 1	NIVEL 2	NIVEL 3	NIVEL 4	NIVEL 5	NIVEL 6	PRESTADORES FUERA DE CONVENIO a) En caso de que Ecuasanas no disponga de prestadores con los servicios requeridos para atender la patología, autorizará la atención en prestadores fuera del cuadro médico de convenio de acuerdo a lo estipulado en cada servicio. b) En caso de atenciones en la Red Pública Integral de Salud y Red Complementaria, de acuerdo a lo estipulado en cada servicio.	
TIPO DE PLAN:	Nivel 2 Corporativo (VIP)	80%	80%	65%	55%	45%	35%		
AMBITO GEOGRAFICO DE COBERTURA:	Ecuador Cerrada								
MODALIDAD:								"a) Libre elección: El producto de las UVR del tarifario de prestaciones para el Sistema Nacional de Salud (nivel III) por los factores de conversión monetarios indicados al final de la tabla, al 70%. b) Red Pública Integral de Salud y Red Complementaria: Tarifario del Sistema Nacional de Salud al 70%."	
MONTO MÁXIMO DE COBERTURA:	\$ 15.000 Anual por enfermedad Individual								
TIPO DE DEDUCIBLE:	\$ 90 Anual por afiliado								
VALOR DE DEDUCIBLE:	Tarifario de prestaciones para el Sistema Nacional de Salud (nivel III)							"a) Libre elección: El producto de las UVR del tarifario de prestaciones para el Sistema Nacional de Salud (nivel III) por los factores de conversión monetarios indicados al final de la tabla, al 70%. b) Red Pública Integral de Salud y Red Complementaria: Tarifario del Sistema Nacional de Salud al 70%."	
NOMBRE DEL TARIFARIO APLICABLE:	(SUB)LÍMITES DE COBERTURA (en cantidad y valor a ser cubierto)								
PRESTACIONES SANITARIAS									
PAP TEST BAJO DIAGNÓSTICO MÉDICO, AL AÑO POR USUARIO. APLICA DEDUCIBLE.	HASTA EL MONTO CONTRATADO	AMBULATORIA	80%	80%	65%	55%	45%	35%	"a) Libre elección: El producto de las UVR del tarifario de prestaciones para el Sistema Nacional de Salud (nivel III) por los factores de conversión monetarios indicados al final de la tabla, al 70%. b) Red Pública Integral de Salud y Red Complementaria: Tarifario del Sistema Nacional de Salud al 70%."
MAMOGRAFÍA BAJO DIAGNÓSTICO MÉDICO. AL AÑO POR USUARIO. APLICA DEDUCIBLE.	HASTA EL MONTO CONTRATADO	AMBULATORIA	80%	80%	65%	55%	45%	35%	
ANTÍGENO PROSTÁTICO BAJO DIAGNÓSTICO MÉDICO, AL AÑO POR USUARIO. APLICA DEDUCIBLE.	HASTA EL MONTO CONTRATADO	AMBULATORIA	80%	80%	65%	55%	45%	35%	
LIGADURA AL AÑO POR USUARIO, BAJO PEDIDO DEL MÉDICO TRATANTE Y CUMPLIMIENTO TIEMPO DE CARENIA. PARA TITULARES Y/O CÓNYUGES. APLICA DEDUCIBLE.	HASTA EL MONTO CONTRATADO	AMBULATORIA	80%	80%	65%	55%	45%	35%	"a) Libre elección: El producto de las UVR del tarifario de prestaciones para el Sist Nacional de Salud (nivel III) por los factores de conversión monetarios indicados al final de la tabla, al 70%. b) Red Pública Integral de Salud y Red Complementaria: Tarifario del Sist Nacional de Salud al 70%."
	HASTA EL MONTO CONTRATADO	HOSPITALARIA	90%	90%	75%	60%	50%	40%	

NOMBRE DEL PLAN:		PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD												
NIVEL DEL PLAN:		RED CERRADA CONVENIO												
TIPO DE PLAN:		CUADRO MÉDICO												
ÁMBITO GEOGRÁFICO DE COBERTURA:		NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3		NIVEL 4		NIVEL 5		NIVEL 6		
MODALIDAD:														
MONTO MÁXIMO DE COBERTURA:														
TIPO DE DEDUCIBLE:														
VALOR DE DEDUCIBLE:														
NOMBRE DEL TARIFARIO APLICABLE:														
PRESTACIONES SANITARIAS														
Plantilla Plan Total Corporativo (VIP) \$5.000 N2 Nivel 2		AMBULATORIA		80%	80%	65%	65%	55%	55%	45%	45%	35%	35%	<p>PRESTADORES FUERA DE CONVENIO</p> <p>a) En caso de que Ecuasanas no disponga de prestadores con los servicios requeridos para atender la patología, autorizará la atención en prestadores fuera del cuadro médico de convenio de acuerdo a lo estipulado en cada servicio.</p> <p>b) En caso de atenciones en la Red Pública Integral de Salud y Red Complementaria, de acuerdo a lo estipulado en cada servicio.</p> <p>"a) Libre elección: El producto de las UVR del tarifario de prestaciones para el Sistema Nacional de Salud (nivel III) por los factores de conversión monetarios indicados al final de la tabla, al 70%.</p> <p>b) Red Pública Integral de Salud y Red Complementaria: Tarifario del Sistema Nacional de Salud al 70%"</p>
Corporativo (VIP) Ecuador		HOSPITALARIA		90%	90%	75%	75%	60%	60%	50%	50%	40%	40%	
Cerrada		AMBULATORIA		80%	80%	65%	65%	55%	55%	45%	45%	35%	35%	
\$ 15.000 Anual por enfermedad Individual		HASTA EL MONTO CONTRATADO												<p>a) Libre elección, hasta \$35 al 70%.</p> <p>b) Red Pública Integral de Salud y Red Complementaria, hasta \$35 al 70%."</p>
\$ 90 Anual por afiliado		HOSPITALARIA		90%	90%	75%	75%	60%	60%	50%	50%	40%	40%	
Tarifario de prestaciones para el Sistema Nacional de Salud (nivel III)		HASTA EL MONTO CONTRATADO												
(SUB)LÍMITES DE COBERTURA (en cantidad y valor a ser cubierto)		AMBULATORIA		80%	80%	65%	65%	55%	55%	45%	45%	35%	35%	<p>Para reembolso de consulta sin ODA/ADS aplica la tarifa del convenio con el prestador médico. Para el beneficiario de consulta médica se aplicará un valor de copago de acuerdo con el porcentaje de cobertura del Plan y nivel de contrato del cliente. En ningún caso será menor de \$8, en los centros médicos integrales. Se les aplica los siguientes FEE: \$8 PRAXMED, \$20 MEDIGLOBAL, \$ 15 VERIS \$20 USFQ</p>
		HOSPITALARIA		90%	90%	75%	75%	60%	60%	50%	50%	40%	40%	
		AMBULATORIA		80%	80%	65%	65%	55%	55%	45%	45%	35%	35%	
VASECTOMÍA AL AÑO POR USUARIO, BAJO PEDIDO DEL MÉDICO TRATANTE Y CUMPLIENDO TIEMPO DE CARENCIA. PARA TITULARES Y/O CÓNYUGES. APLICA DEDUCIBLE.		HASTA EL MONTO CONTRATADO												
CIRCUNSIÓN AL AÑO POR USUARIO, PREVIA AUDITORÍA MÉDICA Y CUMPLIENDO TIEMPO DE CARENCIA. APLICA DEDUCIBLE.		HASTA EL MONTO CONTRATADO												
"CONTROL DEL NIÑO SANO AL AÑO POR USUARIO, PARA HIJOS MENORES DE DOS AÑOS: HASTA EL PRIMER AÑO UNA CONSULTA MENSUAL		HASTA EL MONTO CONTRATADO												

NOMBRE DEL PLAN:		PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD														
		RED CERRADA CONVENIO					CUADRO MÉDICO									
NIVEL DEL PLAN:	TIPO DE PLAN:	ÁMBITO GEOGRÁFICO DE COBERTURA:	MODALIDAD:	MONTO MÁXIMO DE COBERTURA:	TIPO DE DEDUCIBLE:	VALOR DE DEDUCIBLE:	NOMBRE DEL TARIFARIO APLICABLE:	PRESTACIONES SANITARIAS	NIVEL 1	NIVEL 2	NIVEL 3	NIVEL 4	NIVEL 5	NIVEL 6	PRESTADORES FUERA DE CONVENIO	
Plantilla Plan Total Corporativo (VIP)	15.000 N2	Nivel 2	Corporativo (VIP)	Ecuador	Cerrada	\$ 15.000 Anual por enfermedad individual	\$ 90 Anual por afiliado	Tarifario de prestaciones para el Sistema Nacional de Salud (nivel III)	(SUB)LÍMITES DE COBERTURA (en cantidad y valor a ser cubierto)	90%	90%	75%	60%	50%	40%	a) En caso de Ecuasánitas no disponga de prestadores con los servicios requeridos para atender la patología, autorizará la atención en prestadores fuera del cuadro médico de convenio de acuerdo a lo estipulado en cada servicio. b) En caso de atenciones en la Red Pública Integral de Salud y Red Complementaria, de acuerdo a lo estipulado en cada servicio.
								HASTA EL MONTO CONTRATADO COMO CUALQUIER INSUMO MÉDICO	HOSPITALARIA	90%	90%	75%	60%	50%	40%	"a) Libre elección: El producto de las UVR del tarifario de prestaciones para el Sistema Nacional de Salud (nivel III) por los factores de conversión monetarios indicados al final de la tabla, al 70%. b) Red Pública Integral de Salud y Red Complementaria: Tarifario del Sistema Nacional de Salud al 70%."
								HASTA EL MONTO CONTRATADO	AMBULATORIA	80%	80%	65%	55%	45%	35%	"a) Libre elección: El producto de las UVR del tarifario de prestaciones para el Sistema Nacional de Salud (nivel III) por los factores de conversión monetarios indicados al final de la tabla, al 70%. b) Red Pública Integral de Salud y Red Complementaria: Tarifario del Sistema Nacional de Salud al 70%."
								HASTA EL MONTO CONTRATADO COMO CUALQUIER MEDICAMENTO	HOSPITALARIA	90%	90%	75%	60%	50%	40%	a) Libre elección, hasta \$35 al 70%. b) Red Pública Integral de Salud y Red Complementaria, hasta \$35 al 70%."
								HASTA EL MONTO CONTRATADO COMO PARTE DE UN TRATAMIENTO BAJO PERTINENCIA MÉDICA. APLICA DEDUCIBLE.	AMBULATORIA	80%	80%	65%	55%	45%	35%	a) Libre elección, hasta \$35 al 70%. b) Red Pública Integral de Salud y Red Complementaria, hasta \$35 al 70%."
								ALÉRGENOS AL AÑO POR USUARIO, COMO PARTE DE UN TRATAMIENTO BAJO PERTINENCIA MÉDICA. APLICA DEDUCIBLE.	HOSPITALARIA	90%	90%	75%	60%	50%	40%	a) Libre elección, hasta \$35 al 70%. b) Red Pública Integral de Salud y Red Complementaria, hasta \$35 al 70%."

		PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD						PRESTADORES FUERA DE CONVENIO
		RED CERRADA CONVENIO						
		CUADRO MÉDICO						
NOMBRE DEL PLAN:	Plantilla Plan Total Corporativo (VIP)	NIVEL 1	NIVEL 2	NIVEL 3	NIVEL 4	NIVEL 5	NIVEL 6	<p>a) En caso de Ecuasánitas no disponga de prestadores con los servicios requeridos para atender la patología, autorizará la atención en prestadores fuera del cuadro médico de convenio de acuerdo a lo estipulado en cada servicio.</p> <p>b) En caso de atenciones en la Red Pública Integral de Salud y Red Complementaria, de acuerdo a lo estipulado en cada servicio.</p> <p>"a) Libre elección: El producto de las UVR del tarifario de prestaciones para el Sistema Nacional de Salud (nivel III) por los factores de conversión monetarios indicados al final de la tabla, al 70%.</p> <p>b) Red Pública Integral de Salud y Red Complementaria: Tarifario del Sistema Nacional de Salud al 70%"</p>
NIVEL DEL PLAN:	15.000 N2 Nivel 2	80%	80%	65%	55%	45%	35%	
TIPO DE PLAN:	Corporativo (VIP)							<p>"a) Libre elección: El producto de las UVR del tarifario de prestaciones para el Sistema Nacional de Salud (nivel III) por los factores de conversión monetarios indicados al final de la tabla, al 70%.</p> <p>b) Red Pública Integral de Salud y Red Complementaria: Tarifario del Sistema Nacional de Salud al 70%"</p>
ÁMBITO GEOGRÁFICO DE COBERTURA:	Ecuador							
MODALIDAD:	Cerrada							
MONTO MÁXIMO DE COBERTURA:	\$ 15.000 Anual por enfermedad							
TIPO DE DEDUCIBLE:	Individual							
VALOR DE DEDUCIBLE:	\$ 90 Anual por afiliado							
NOMBRE DEL TARIFARIO APLICABLE:	Tarifario de prestaciones para el Sistema Nacional de Salud (nivel III)							
PRESTACIONES SANITARIAS	(SUB)LÍMITES DE COBERTURA (en cantidad y valor a ser cubierto)							
PRUEBAS DE SENSIBILIDAD AL AÑO POR USUARIO, BAJO DIAGNÓSTICO MÉDICO. APLICA DEDUCIBLE.	HASTA EL MONTO CONTRATADO	80%	90%	75%	60%	50%	40%	<p>"a) Libre elección: El producto de las UVR del tarifario de prestaciones para el Sistema Nacional de Salud (nivel III) por los factores de conversión monetarios indicados al final de la tabla, al 70%.</p> <p>b) Red Pública Integral de Salud y Red Complementaria: Tarifario del Sistema Nacional de Salud al 70%"</p>
MEDIOS DE CONTRASTE DENTRO DE UNA PATOLOGÍA, BAJO DIAGNÓSTICO MÉDICO. APLICA DEDUCIBLE.	HASTA EL MONTO CONTRATADO COMO CUALQUIER INSUMO MÉDICO	80%	90%	75%	60%	50%	40%	

PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD		RED CERRADA CONVENIO CUADRO MÉDICO						PRESTADORES FUERA DE CONVENIO
Plantilla Plan Total Corporativo (VIP)		Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4	Nivel 5	Nivel 6	a) En caso de Ecuasánitas no disponga de prestadores con los servicios requeridos para atender la patología, autorizará la atención en prestadores fuera del cuadro médico de convenio de acuerdo a lo estipulado en cada servicio. b) En caso de atenciones en la Red Pública Integral de Salud y Red Complementaria, de acuerdo a lo estipulado en cada servicio.
15.000 N2								
Nivel 2								
Corporativo (VIP)								
Ecuador								
Cerrada								
\$ 15.000 Anual por enfermedad								
Individual								
\$ 90 Anual por afiliado								
Tarifario de prestaciones para el Sistema Nacional de Salud (nivel III)								
(SUB)LÍMITES DE COBERTURA (en cantidad y valor a ser cubierto)								
AMBULATORIA		80%	80%	65%	55%	45%	35%	"a) Libre elección: El producto de las UVR del tarifario de prestaciones para el Sistema Nacional de Salud (nivel III) por los factores de conversión monetarios indicados al final de la tabla, al 70%. b) Red Pública Integral de Salud y Red Complementaria: Tarifario del Sistema Nacional de Salud al 70%"
HASTA EL MONTO CONTRATADO		90%	90%	75%	60%	50%	40%	
AMBULATORIA		80%	80%	65%	55%	45%	35%	"a) Libre elección: El producto de las UVR del tarifario de prestaciones para el Sistema Nacional de Salud (nivel III) por los factores de conversión monetarios indicados al final de la tabla, al 70%. b) Red Pública Integral de Salud y Red Complementaria: Tarifario del Sistema Nacional de Salud al 70%"
HASTA EL MONTO CONTRATADO COMO CUALQUIER MEDICAMENTO AMBULATORIO		90%	90%	75%	60%	50%	40%	

** PERSONA CON DISCAPACIDAD acreditada por la autoridad competente

NOTA: Los niveles de la red cerrada de convenios (niveles 1, 2, 3, 4, 5 y 6) son condiciones de cobertura de acuerdo al nivel del prestador médico de convenio, en relación al plan contratado.

SERVICIOS OTORGADOS POR PROVEEDORES EXTERNOS

Asistencia Exequial (cobertura implícita sin costo)	Servicios exequiales	Servicio otorgado a través de Memorial S.A.
Servicio Odontológico	Asistencia odontológica	Servicio otorgado a través de Sentinel S.A.
Servicio de urgencias médicas y médico a domicilio	Asistencia a domicilio	Servicio otorgado a través de UTIM

NOMBRE DEL PLAN:		PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD											
NIVEL DEL PLAN:		RED CERRADA CONVENIO				PRESTADORES FUERA DE CONVENIO							
TIPO DE PLAN:		CUADRO MÉDICO											
ÁMBITO GEOGRÁFICO DE COBERTURA:		NIVEL 2		NIVEL 3		NIVEL 4		NIVEL 5		NIVEL 6			
MODALIDAD:		NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3		NIVEL 4		NIVEL 5		NIVEL 6	
Plantilla Plan Total Corporativo (VIP) 15.000 NZ Nivel 2		Corporativo (VIP) Ecuador		Cerrada		a) En caso de que Ecuasanas no disponga de prestadores con los servicios requeridos para atender la patología, autorizará la atención en prestadores fuera del cuadro médico de convenio de acuerdo a lo estipulado en cada servicio.		b) En caso de atenciones en la Red Pública Integral de Salud y Red Complementaria, de acuerdo a lo estipulado en cada servicio.					
FACTORES DE CONVERSIÓN MONETARIA													
ESPECIALIDAD													
EVALUACIÓN Y MANEJO													
GENERAL													
CUIDADOS INTENSIVOS													
CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO													
MEDICINA POR ESPECIALIDAD													
CIRUGÍA													
ANESTESIA-PROCEDIMIENTO													
RADIOLOGÍA													
SERVICIOS													
HOTELERÍA													
ODONTOLÓGICOS													
LABORATORIO													
IMAGEN													
MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN													
PROCEDIMIENTOS ESPECIALES													

* Aplica valor máximo establecido en el Formulario 3

La cobertura de maternidad es un monto independiente al plan contratado señalado en el Formulario 3, para esta cobertura se aplicará los montos máximos y límites en número de servicios de cada condición sanitaria descrita en referido Formulario 3.

Las coberturas de preexistencias, discapacidad, accidentes, cuidado del recién nacido, medicamentos, trasplantes, enfermedades catastróficas y raras, enfermedades congénitas y prestaciones de tarifa cero establecidas en el Formulario 3 serán imputables al monto máximo del plan contratado.

"Para las coberturas mencionadas se aplicarán montos máximos y límites en número de servicios por cada tipo de condición sanitaria descrita en el Formulario 3 (El número máximo de consultas médicas para medicina alternativa, número de terapias físicas, número de consultas en asesoría nutricional, etc., serán descontados del monto máximo de cada cobertura)."

La empresa UTIM cobrará un fee de atención, cuando aplique.

GENERALIDADES	
CONTRATANTE: CONSEJERÍA DE TRABAJO, MIGRACIONES Y SEGURIDAD SOCIAL	
FECHA DE VIGENCIA: DESDE ENERO - HASTA DICIEMBRE 2023	
VIGENCIA DEL CONTRATO:	
a) El Contrato de Prestación de Servicios de Atención Integral de Salud Prepagada, Condiciones Generales, Condiciones Particulares y todos sus Anexos, tendrá vigencia durante un año a partir de la fecha de inicio del mismo.	
b) Además de los motivos de terminación detallados en el Contrato de Prestación de Servicios de Atención Integral de Salud Prepagada, se adiciona como motivo de cancelación unilateral el resultado de ingresos y gastos de la vigencia del contrato, si éste alcanza un índice mayor al 100% posterior a los 6 meses de vigencia.	
c) El contrato se entenderá por terminado, en caso de que, al realizarse la revisión semestral de tarifas, las partes no llegaran a un acuerdo sobre las nuevas condiciones que regirían para el contrato.	
d) En caso de terminación o cancelación anticipada del Contrato, el plazo para presentar reclamos será de 90 días posteriores a la fecha efectiva de cancelación.	
REVISIÓN DE TARIFAS:	
Para la renovación del contrato se revisarán las tarifas, condiciones y beneficios mismas que serán notificadas al Representante con 45 días y no menor a 40 días de anticipación previo a la finalización de la vigencia del contrato.	
a) PARA CONTRATOS GRUPALES - GRUPOALES POOL - EMPRESARIALES (MENOS DE 20 TITULARES):	
REVISIÓN ANUAL	
Si existiera una diferencia de los gastos sobre ingresos mayor del 65% desde el primer año de vigencia, se procederá con el reajuste al costo de las primas del valor inicial ofertado y previa notificación, con pago a partir de su renovación. El reajuste se realizará de acuerdo a la siguiente tabla:	
	RESULTADO DE INGRESOS Y GASTOS
	RANGO
	5%
	9%
	10%
	15%
	17%
	22%
	25%
	30%
	35%
	40%
	45%
	50%
	55%
Del 131% en adelante	
Revisión mandatoria de condiciones, beneficios y tarifas.	
b) PARA CONTRATOS EMPRESARIALES (A PARTIR DE 20 TITULARES) Y CORPORATIVOS (VIP):	
REVISIÓN SEMESTRAL	
Se procederá con la revisión de tarifas, condiciones y beneficios si el resultado de ingresos y gastos (más IBNR) supera el 65% semestralmente durante la vigencia. De acuerdo a la siguiente tabla:	

RESULTADO DE INGRESOS Y GASTOS (RANGO)	
Menor o igual a 65%	Menor o igual a 65%
Del 65.01% al 75%	Del 65.01% al 75%
Del 75% al 100%	Del 75% al 100%
Para analizar el porcentaje que debe considerarse para el incremento en las tarifas (cuando aplique) se procede a calcular el ingreso esperado que es el resultado del total de gastos más IBNR sobre 65% y posteriormente dividir este resultado por el ingreso actual, todo menos uno.	
ELEGIBILIDAD:	
a) Son elegibles como afiliados y beneficiarios los emigrantes españoles residentes en Ecuador	
d) El grupo familiar deberá conformarse solo con titulares.	
ELIMINACIÓN DE CARENCIAS:	
De acuerdo a la negociación, si el grupo a afiliarse se encontraba en un plan de asistencia médica corporativa vigente de cualquier empresa de medicina prepagada, se eliminará las carencias para servicios ambulatorios y hospitalarios, siempre que el grupo haya permanecido vigente al menos 6 meses en la otra empresa de medicina prepagada e inmediatamente decide contratar con nuestra empresa.	
Las carencias de maternidad, discapacidad y preexistencias deberán cumplir el tiempo establecido en el contrato tanto para atención ambulatoria y hospitalaria. Como condición especial, el contratante deberá presentar previamente evidencia de su anterior aseguradora de la afiliación del grupo a ingresar a nuestra empresa, mediante un certificado de afiliación en donde consten los nombres del afiliado, la fecha de afiliación de su anterior aseguradora (desde y hasta).	
PAGOS:	
a) El pago de las cuotas deberá efectuarse semestralmente.	
b) El incumplimiento del pago faculta a Ecuasanitas a suspender los servicios del plan. El pago de las mismas restablecerá el servicio.	
c) Será obligación del afiliado realizar la verificación del pago en cualquiera de las formas establecidas en su contrato, a través de débito, transferencias	
MOVIMIENTOS:	
a) No se aceptan movimientos retroactivos.	
b) Ecuasanitas se reserva el derecho de solicitar documentos necesarios que respalden los cambios solicitados.	
EXCLUSIONES:	
Las exclusiones de usuarios recibidas hasta el 25 de cada mes, tendrán como fecha de desafiliación al contrato desde el primer día del siguiente mes de la notificación.	
PAGOS DE REEMBOLSOS DE MEDICAMENTOS (cuando aplique):	
Los reclamos serán atendidos por Ecuasanitas dentro de un plazo de ocho días hábiles luego de presentada la documentación completa del reclamo. El afiliado tendrá 90 días calendario para la presentación de sus reclamos, contados a partir de la fecha de incurrencia de cada gasto. Para reintegros de reembolsos devueltos, se establece un período de 30 días. Los reclamos presentados total o parcialmente después de este período no tendrán cobertura.	
El valor de reembolso se acreditará directamente a la cuenta bancaria del afiliado titular, previa la notificación por correo del tipo de cuenta, número de cuenta, banco y correo electrónico.	
MATERNIDAD:	
1. Este beneficio se otorga a titulares y cónyuges siempre y cuando la afiliada haya superado el período de carencia y ajuste su cuota de Titular sola a Titular de su embarazo en un tiempo no mayor de 60 días calendario desde la fecha de concepción, para lo cual deberá remitir la ecografía con su respectivo informe y el certificado médico en el que conste la fecha de última menstruación (FUM) que evidencie el tiempo de embarazo.	
2. Cuando la afiliada embarazada ya cumpla con la condición de tarifa de Titular más uno o Titular más Familia gozará de la cobertura de maternidad y no es requisito realizar la notificación de embarazo y en este caso puede realizar la afiliación intrauterina desde la semana 20 hasta la semana 32 de gestación.	

<p>3. En caso de notificación tardía, no se haya realizado el ajuste de cuota y se hayan autorizado servicios, Ecuasanitas S.A. solicitará un ajuste retroactivo de cuota de la afiliación intrauterina contados desde los 60 días calendario de la notificación de embarazo para regularizar la cobertura de maternidad.</p> <p>4. En caso de notificación tardía y no se haya realizado el ajuste de cuota y no se hayan autorizado servicios no tendrá cobertura la maternidad .</p> <p>5. Para afiliadas en condición de titular sola que presenten un aborto espontáneo no provocado hasta la semana 20 de gestación y que no hayan notificado el embarazo y en consecuencia no exista ajuste de cuota, se otorgará la cobertura con cargo al monto de maternidad sin que se realice un ajuste de cuota, bajo revisión del caso por Auditoría Médica.</p>										
<p>CONVENIO DE CREDITO HOSPITALARIO:</p> <p>Ecuasanitas S. A. cancelará directamente al Centro Hospitalario de convenio que brinde la atención hasta el límite del monto contratado, de acuerdo al porcentaje del plan. El paciente realizará el pago de los valores no cubiertos por concepto de copagos, deducibles y otros. El usuario entregará un voucher o cheque de garantía al ingreso a la Clínica u hospital. Las autorizaciones de crédito hospitalario deben presentarse con 72 horas mínimo de anticipación a la cirugía.</p> <p>Las facturas por concepto de copagos se emitirán a nombre del Titular y deben ser pagadas en un máximo de cinco (5) días laborables luego de emitida la misma.</p> <p>COSTO ATENCIÓN DE MÉDICO A DOMICILIO - UTIM:</p> <p>Cada visita del médico a domicilio - UTIM tiene un valor de \$ 10.00 por paciente. Debe cancelarse en la visita. UTIM se reserva el derecho de cobrar un fee administrativo de acuerdo al tipo de atención.</p> <p>CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN - DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN:</p> <p>El afiliado por medio del presente, declara y autoriza de manera expresa a ECUASANITAS S.A., a compartir información relativa al uso que éste da al plan de medicina prepagada del cual es afiliado, lo que incluye, toda la información médica que Ecuasanitas recibe de: prestadores médicos, afiliado, bróker, otras aseguradoras, entes de control, así como todos los datos personales, mismos que podrán ser compartidos por ECUASANITAS S.A., con los distintos prestadores médicos, Representantes de los contratos, brókers, entes de control y a su vez con los diferentes Departamentos de Ecuasanitas que lo requieran.</p> <p>El uso de esta información será exclusivo para promoción - venta, cobranza, ampliación del producto contratado, auditoría médica - financiera, negociaciones con el contratante, reportes a organismos de control.</p> <p>Esta declaración y autorización la realiza al amparo de la Ley de Protección de Datos Personales, y además conociendo las implicaciones legales que pudiere llegar a tener.</p>										
<p>TARIFAS PLAN ELEGIR GRUPAL:</p> <table border="1"> <tr> <td>TARIFAS (No incluye Impuesto Seguro Campesino)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Monto Total Máximo por Enfermedad</td> <td>15.000</td> </tr> <tr> <td>Referencia del Plan - Acceso a Prestadores</td> <td>NIVEL 2</td> </tr> <tr> <td>Deducible Anual por Persona</td> <td>\$90</td> </tr> <tr> <td>Titular solo</td> <td>\$ 127,05</td> </tr> </table>	TARIFAS (No incluye Impuesto Seguro Campesino)		Monto Total Máximo por Enfermedad	15.000	Referencia del Plan - Acceso a Prestadores	NIVEL 2	Deducible Anual por Persona	\$90	Titular solo	\$ 127,05
TARIFAS (No incluye Impuesto Seguro Campesino)										
Monto Total Máximo por Enfermedad	15.000									
Referencia del Plan - Acceso a Prestadores	NIVEL 2									
Deducible Anual por Persona	\$90									
Titular solo	\$ 127,05									