



DETALLE	ECUASANITAS (RENOVACION)	
	PLAN 2 \$12.000	
	Monto	Cobertura
Nivel de cobertura	N3	
<b>Deducible</b>		
Deducible a aplicar por año y por miembro de familia	\$70	
Revisión de siniestralidad	Semestral	
<b>Carencias</b>		
Emergencia	24 horas	
Discapacidad	90 días	
Ambulatorio	30 días	
Hospitalario	90 días	
Maternidad	60 días	
Preexistencias	A partir del 4to mes hasta \$1.200, a partir del primer día del vigésimo quinto	
Continuidad de cobertura y preexistencias	SI	
<b>Cobertura Hospitalaria, Emergencias, Urgencias</b>		
Cuarto y alimento diario	\$150	Al 100% dentro y fuera de la red 80%
Unidad de cuidados intensivos	90%	-
Servicios médicos, cuidados, medicamentos e insumos	90%	Al 100% dentro y fuera de la red 80%
Honorarios médicos	90%	Al 100% dentro y fuera de la red 80%
Cama acompañante, paciente recién nacido, menor a 16 años y adulto mayor a 75 años	\$50	Cobertura al 100% dentro y fuera de la red al 80%, en caso de hospitalización de RN, menores 16 años, mayores 75 años en adelante
Enfermedades psiquiátricas de base orgánica y psicológicas	\$500	Dentro de la red, fuera de la red según el nivel de clínicas
<b>Cobertura Ambulatoria</b>		

Consulta medica en consultorio	<b>\$45</b>	Cobertura al 80%
ODAS- Ordenes de Atención	<b>\$6 copago min</b>	Máximo 12 ODAS al año por usuario
Consulta medica a domicilio	<b>\$10 copago</b>	Revisar condiciones
Consulta medica médica para medicina alternativa: Homeopatía y Acupuntura	<b>\$45</b>	Cobertura al 80% /20 consultas al año y por usuario
Análisis clínicos, imagen, electrocardiograma, ergometría	-	-
Estudios anatomopatológicos, genéticos y para enfermedades congénitas para confirmar un diagnóstico	<b>80%</b>	Dentro de la red, fuera de la red según el nivel de clínicas
Terapias (rehabilitación física, respiratoria, de lenguaje, ocupacional, psicopedagógica y cardíaca)	<b>\$34</b>	Cobertura al 80%, máximo 30 terapias al año por usuario
Hospital del Día y Atención de Emergencia que no requiera hospitalización	<b>80%</b>	Dentro de la red, fuera de la red según el nivel de clínicas
Enfermedades psiquiátricas de base orgánica	<b>\$200</b>	Dentro de la red, fuera de la red según el nivel de clínicas
Condiciones de salud que sean consecuencia de acciones y/o enfermedades por uso de drogas, estupefacientes, embriaguez, alcoholismo y lesiones debido a trastornos de salud mental, estado de demencia incluso a resultantes de intento de suicidio	<b>\$200</b>	Al 80%, fuera de la red según el nivel de clínicas
Medicamentos	<b>80%</b>	Dentro y fuera de la red
Ambulancia terrestre	<b>\$125</b>	Cobertura al 80%
Ambulancia aérea y fluvial	<b>\$1.500</b>	Cobertura al 80%
Asesoría Nutricional	<b>\$45</b>	Cob al 80% por año y por usuario 10 consultas
Atención en caso de accidente	<b>\$12.000</b>	80% dentro de la red, Cobertura dependiendo del nivel de clínicas
El exceso de los gastos médicos por emergencia por accidente se cubrirá		
Enfermedades congénitas, genéticas y hereditarias, sobrevivientes a la fecha de afiliación	<b>\$12.000</b>	80% dentro de la red, Cobertura dependiendo del nivel de clínicas
Enfermedad por VIH	<b>\$1.200</b>	Cobertura al 80%, fuera de la red dependiendo del nivel de clínicas
Enfermedades catastróficas, incluye trasplantes	<b>\$6.000</b>	Cobertura al 80%, fuera de la red dependiendo del nivel de clínicas

Cirugía reconstructiva o correctiva con fines funcionales, monto adicional al otorgado para Prestaciones de Salud Pública	<b>\$1.700</b>	Al año y por usuario, cob al 80%
Emergencia medica de prexistencia en periodo de carencia, hasta la estabilización del paciente	<b>Si</b>	CCI
Emergencia medica en caso de mora	<b>Si</b>	En coordinación con Ecuasanitas
Pandemia Declarada, Cobertura COVID 19 con Prueba PCR positiva	<b>\$12.000</b>	Con prueba positiva PCR, cobertura al 80%, fuera de la red dependiendo el nivel de clínicas
Tratamiento o medicamentos anticonceptivos	<b>\$20</b>	Cobertura al 100% dentro y fuera de la red
Prótesis, implantes no dentales, stents, lentes intraoculares y marcapasos	<b>\$450</b>	Cobertura al 100% al año y por usuario
Aparatos ortopédicos, prótesis, muletas, sillas de ruedas, zapatos ortopédicos, plantillas ortopédicas (se excluye marcos y cristales ópticos) prescritos por el especialista	<b>\$50</b>	Cobertura al 100% al año y por usuario
Cuidados paliativos domiciliarios	<b>\$500</b>	Cobertura al 100% dentro de la red, fuera de la red al 80%
Bypass Gástrico o Manga Gástrica, en casos de obesidad mórbida	<b>\$1.200</b>	Cobertura al 80% dentro y fuera de la red
Fórmulas alimenticias, leche medicada	<b>\$500</b>	Cobertura al 80% dentro y fuera de la red
Cobertura Internacional solo en caso de emergencia	<b>80%</b>	Hasta el monto máximo contratado, y en base al tipo de cambio de moneda
<b>Cobertura Discapacidad</b>		
Discapacidades, a partir del primer día del cuarto mes contados desde la afiliación del usuario (acreditación del 30% de su condición según la Ley y Normativa vigente)	<b>Hasta 20 SBU</b>	Cobertura al 80%
<b>Cobertura Maternidad</b>		
Maternidad, siempre y cuando la usuaria tenga cobertura de Titular más Uno o Titular más Familia	<b>\$1.600</b>	Cobertura al 80%, dependiendo del nivel de clínicas
Atención recién nacido, en caso de afiliación intrauterina	<b>\$12.000</b>	Hasta el monto máximo contratado en el plan
Atención recién nacido, en caso de NO afiliación intrauterina	<b>\$500</b>	Cobertura al 80%, dependiendo del nivel de clínicas
Vacunas	<b>\$100</b>	Cobertura al 80%

Beneficios Adicionales		
Control niño sano	<b>\$40</b>	Como cualquier consulta medica, no aplica deducible
Ligadura bajo pedido del medico tratante	<b>80%</b>	Como cualquier incapacidad, aplica deducible
Vasectomía bajo pedido del medico tratante	<b>80%</b>	Como cualquier incapacidad, aplica deducible
Circuncisión bajo pedido del medico tratante	<b>80%</b>	Como cualquier incapacidad, aplica deducible
Pap test de control	<b>\$40</b>	Cobertura la 100% sin aplicación de deducible
Antígeno prostático de control	<b>\$40</b>	Cobertura la 100% sin aplicación de deducible
Mamografía de control	<b>\$40</b>	Cobertura la 100% sin aplicación de deducible
Vitaminas como coadyuvantes de un tratamiento	<b>80%</b>	Como cualquier incapacidad, aplica deducible
Alérgenos como parte de un tratamiento bajo pertinencia médica	<b>80%</b>	Como cualquier medicamento
Pruebas de sensibilidad bajo diagnóstico médico	<b>80%</b>	Como cualquier incapacidad, aplica deducible
Medios de contraste dentro de una patología	<b>80%</b>	Como cualquier insumo medico
Cobertura de tirillas reactivas para medición de niveles de glicemia por diabetes	<b>\$200</b>	Cobertura al 80%, aplica deducible
Examen láser a partir de las 5 dioptrías	<b>\$1.000</b>	Cobertura al 80%, sin aplicación de deducible
Extracción de terceros molares	<b>\$100</b>	Cobertura al 100% sin aplicación de deducible , el monto de cobertura es por cada molar
Medias Elásticas	<b>\$50</b>	Cobertura al 100% sin aplicación de deducible
Audífonos	<b>\$200</b>	Cobertura al 100% sin aplicación de deducible
Cristales Ópticos	<b>\$100</b>	Cobertura al 100%
Emergencia Médica por accidente cuando no derive hospitalización	<b>\$500</b>	Cobertura al 100%
Cobertura de terapia hospitalaria de dolor, resistente a esquemas comunes de tratamiento	<b>Si</b>	Dentro de la cobertura de Incapacidad
Cobertura para enfermedades dermatológicas diagnosticadas por un dermatólogo	-	Como cualquier medicamento
Red de convenio para adquisición de Medicamentos	<b>Si</b>	Pharmacys, Monte Sinaí, Fundación Pablo Jaramillo, Farmacia Hospital del Río
Cirugía de nariz funcional, se cubre previo análisis de Auditoria Medica	<b>Si</b>	Previa autorización de la Cia

Cirugía robótica o nueva tecnología aprobada por el MSP, aplica solo para el uso de equipo , insumos, honorarios médicos serán de acuerdo a lo establecido en lo contrato	-	-
Pago de siniestros		10 días laborables
<b>Cobertura Dental no estética</b>		
Examen clínico y diagnóstico, consulta con especialistas, fase higiénica (profilaxis), rayos X (periapicales), urgencias	<b>100%</b>	Solo dentro de la red Ecuasanitas
Resina simple, resina compuesta y resina compleja. Extracción simple. Remoción de cálculos supragingivales	<b>70%</b>	Solo dentro de la red Ecuasanitas
<b>Coberturas Adicionales</b>		
Cirugía plástica y dental, reconstructiva no estética	Si	A raíz de un accidente

COSTOS INCLUIDO IMPUESTOS	ECUASANITAS	
	PLAN 2 \$12.000	
Titular Solo		\$23,01
Titular+1		\$46,03
Titular+Familia		\$64,21

### BENEFICIO ADICIONAL EMPLEADOS BANCO DEL ASUSTRO

Seguro de Vida (Implícito)		ECUASANITAS
Vida muerte por cualquier causa	Si	\$10.000