



DETALLE	ECUASANITAS (RENOVACION)	
	PLAN 2 \$12.000	
	Monto	Cobertura
Nivel de cobertura	N3	
Deducible		
Deducible a aplicar por año y por miembro de familia	\$70	
Revisión de siniestralidad	Semestral	
Carencias		
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	
Cobertura Hospitalaria, Emergencias, Urgencias		
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
Cobertura Ambulatoria		

Consulta medica en consultorio	\$45	Cobertura al 80%
ODAS- Ordenes de Atención	\$6 copago min	Máximo 12 ODAS al año por usuario
Consulta medica a domicilio	\$10 copago	Revisar condiciones
Consulta medica médica para medicina alternativa: Homeopatía y Acupuntura	\$45	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	80%	Dentro de la red, fuera de la red según el nivel de clínicas
Terapias (rehabilitación física, respiratoria, de lenguaje, ocupacional, psicopedagógica y cardíaca)	\$34	Cobertura al 80%, máximo 30 terapias al año por usuario
Hospital del Día y Atención de Emergencia que no requiera hospitalización	80%	Dentro de la red, fuera de la red según el nivel de clínicas
Enfermedades psiquiátricas de base orgánica	\$200	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	\$200	Al 80%, fuera de la red según el nivel de clínicas
Medicamentos	80%	Dentro y fuera de la red
Ambulancia terrestre	\$125	Cobertura al 80%
Ambulancia aérea y fluvial	\$1.500	Cobertura al 80%
Asesoría Nutricional	\$45	Cob al 80% por año y por usuario 10 consultas
Atención en caso de accidente	\$12.000	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	\$12.000	80% dentro de la red, Cobertura dependiendo del nivel de clínicas
Enfermedad por VIH	\$1.200	Cobertura al 80%, fuera de la red dependiendo del nivel de clínicas
Enfermedades catastróficas, incluye trasplantes	\$6.000	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	\$1.700	Al año y por usuario, cob al 80%
Emergencia medica de prexistencia en periodo de carencia, hasta la estabilización del paciente	Si	CCI
Emergencia medica en caso de mora	Si	En coordinación con Ecuasanitas
Pandemia Declarada, Cobertura COVID 19 con Prueba PCR positiva	\$12.000	Con prueba positiva PCR, cobertura al 80%, fuera de la red dependiendo el nivel de clínicas
Tratamiento o medicamentos anticonceptivos	\$20	Cobertura al 100% dentro y fuera de la red
Prótesis, implantes no dentales, stents, lentes intraoculares y marcapasos	\$450	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	\$50	Cobertura al 100% al año y por usuario
Cuidados paliativos domiciliarios	\$500	Cobertura al 100% dentro de la red, fuera de la red al 80%
Bypass Gástrico o Manga Gástrica, en casos de obesidad mórbida	\$1.200	Cobertura al 80% dentro y fuera de la red
Fórmulas alimenticias, leche medicada	\$500	Cobertura al 80% dentro y fuera de la red
Cobertura Internacional solo en caso de emergencia	80%	Hasta el monto máximo contratado, y en base al tipo de cambio de moneda
Cobertura Discapacidad		
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)	Hasta 20 SBU	Cobertura al 80%
Cobertura Maternidad		
Maternidad, siempre y cuando la usuaria tenga cobertura de Titular más Uno o Titular más Familia	\$1.600	Cobertura al 80%, dependiendo del nivel de clínicas
Atención recién nacido, en caso de afiliación intrauterina	\$12.000	Hasta el monto máximo contratado en el plan
Atención recién nacido, en caso de NO afiliación intrauterina	\$500	Cobertura al 80%, dependiendo del nivel de clínicas
Vacunas	\$100	Cobertura al 80%

Beneficios Adicionales

Control niño sano	\$40	Como cualquier consulta medica, no aplica deducible
Ligadura bajo pedido del medico tratante	80%	Como cualquier incapacidad, aplica deducible
Vasectomía bajo pedido del medico tratante	80%	Como cualquier incapacidad, aplica deducible
Circuncisión bajo pedido del medico tratante	80%	Como cualquier incapacidad, aplica deducible
Pap test de control	\$40	Cobertura la 100% sin aplicación de deducible
Antígeno prostático de control	\$40	Cobertura la 100% sin aplicación de deducible
Mamografía de control	\$40	Cobertura la 100% sin aplicación de deducible
Vitaminas como coadyuvantes de un tratamiento	80%	Como cualquier incapacidad, aplica deducible
Alérgenos como parte de un tratamiento bajo pertinencia médica	80%	Como cualquier medicamento
Pruebas de sensibilidad bajo diagnóstico médico	80%	Como cualquier incapacidad, aplica deducible
Medios de contraste dentro de una patología	80%	Como cualquier insumo medico
Cobertura de tirillas reactivas para medición de niveles de glicemia por diabetes	\$200	Cobertura al 80%, aplica deducible
Examen láser a partir de las 5 dioptrías	\$1.000	Cobertura al 80%, sin aplicación de deducible
Extracción de terceros molares	\$100	Cobertura al 100% sin aplicación de deducible , el monto de cobertura es por cada molar
Medias Elásticas	\$50	Cobertura al 100% sin aplicación de deducible
Audífonos	\$200	Cobertura al 100% sin aplicación de deducible
Cristales Ópticos	\$100	Cobertura al 100%
Emergencia Médica por accidente cuando no derive hospitalización	\$500	Cobertura al 100%
Cobertura de terapia hospitalaria de dolor, resistente a esquemas comunes de tratamiento	Si	Dentro de la cobertura de Incapacidad
Cobertura para enfermedades dermatológicas diagnosticadas por un dermatólogo	-	Como cualquier medicamento
Red de convenio para adquisición de Medicamentos	Si	Pharmacys, Monte Sinaí, Fundación Pablo Jaramillo, Farmacia Hospital del Río
Cirugía de nariz funcional, se cubre previo análisis de Auditoria Medica	Si	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
Cobertura Dental no estética		
Examen clínico y diagnóstico, consulta con especialistas, fase higiénica (profilaxis), rayos X (periapicales), urgencias	100%	Solo dentro de la red Ecuasanitas
Resina simple, resina compuesta y resina compleja. Extracción simple. Remoción de cálculos supragingivales	70%	Solo dentro de la red Ecuasanitas
Coberturas Adicionales		
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