

	PRIVILEGIO	AMPARO	PROTECCIÓN	PREDILECTO
MONTO MÁXIMO DE COBERTURA ANUAL	\$10.000	\$20.000	\$10.000	\$20.000
PRESTACIONES SANITARIAS	COBERTURAS	COBERTURAS	COBERTURAS	COBERTURAS
CONDICIONES GENERALES				
Nivel de Referencia	N-4	N-3	N-4	N-3
Modalidad	Mixta	Mixta	Mixta	Mixta
Valor del deducible por persona	Red Abierta \$0 / Red Cerrada \$0	Red Abierta \$0 / Red Cerrada \$0	Red Abierta \$0 / Red Cerrada \$0	Red Abierta \$0 / Red Cerrada \$0
Cobertura	Ecuador y Fuera del País	Ecuador y Fuera del País	Ecuador y Fuera del País	Ecuador y Fuera del País
Período de presentación de reclamos	60 días	60 días	60 días	60 días
Cobertura Ambulatoria, Pre y/u Hospitalaria en la Red Cerrada	80%	80%	80%	80%
Cobertura Ambulatoria, Pre y/u Hospitalaria en la Red Abierta	70%	70%	70%	70%
COBERTURA AMBULATORIA				
Consultas generales o consultas de especialidad	tope máximo de \$25	tope máximo de \$50	tope máximo de \$25	tope máximo de \$50
Consultas ancestrales y alternativas	6 consultas y hasta \$25 c/u	6 consultas y hasta \$25 c/u	6 consultas y hasta \$25 c/u	6 consultas y hasta \$25 c/u
Exámenes de Diagnóstico	hasta el monto máximo contratado	hasta el monto máximo contratado	hasta el monto máximo contratado	hasta el monto máximo contratado
Terapia (Física, Respiratoria, Lenguaje, Cardíaca) por año por usuario	15 sesiones de cada tipo y hasta \$18 c/u	15 sesiones de cada tipo y hasta \$18 c/u	15 sesiones de cada tipo y hasta \$18 c/u	15 sesiones de cada tipo y hasta \$25 c/u
Atención médica en el hogar	RC No Aplica / RA 70%, hasta \$25	hasta \$50	RC No Aplica / RA 70%, hasta \$25	hasta \$50
Medicamentos ambulatorios	60% Marca, 70% Genéricos hasta el monto máximo contratado	60% Marca, 70% Genéricos hasta el monto máximo contratado	60% Marca, 70% Genéricos hasta el monto máximo contratado	60% Marca, 70% Genéricos hasta el monto máximo contratado
COBERTURA PREHOSPITALARIA				
Ambulancia terrestre, aérea o fluvial calificada	hasta \$55	hasta \$100	hasta \$55	hasta \$100
COBERTURA HOSPITALARIA				
Cuidados Intensivos	Hasta el monto máximo contratado	Hasta el monto máximo contratado	Hasta el monto máximo contratado	Hasta el monto máximo contratado
Honorarios del médico cirujano / médico ayudante/ anestesista	Hasta el monto máximo contratado c/u	Hasta el monto máximo contratado c/u	Hasta el monto máximo contratado c/u	Hasta el monto máximo contratado c/u
Habitación y alimentación	hasta \$105	hasta \$160	hasta \$105	hasta \$160
Gastos acompañante en hospitalizaciones para recién nacidos, menores de 16 y mayores de 75 años de edad	hasta \$40	hasta \$50	hasta \$50	hasta \$50
COBERTURA DE MATERNIDAD				
Maternidad			80% Red Cerrada / 70% Red Abierta hasta \$1200	80% Red Cerrada / 70% Red Abierta hasta \$1800
Tarifa 0 (aplicable en maternidad y periodo de carencia)			hasta \$120	hasta \$180
COBERTURA DEL RECIÉN NACIDO				
Inclusión Intraútero			hasta monto máx contratado si la inclusión fue realizada hasta la sem 12, caso contrario hasta \$800	hasta monto máx contratado si la inclusión fue realizada hasta la sem 12, caso contrario hasta \$800
Inclusión intraútero en Periodo de Carencia desde semana 20 hasta la 32			hasta \$800	hasta \$800
PREEXISTENCIAS DECLARADAS				
Preexistencias debidamente declaradas	20 SBU	20 SBU	20 SBU	20 SBU
COBERTURAS OBLIGATORIAS				
Enfermedades Catastróficas y crónicas sobrevinientes	hasta \$5.000	hasta \$10.000	hasta \$5.000	hasta \$10.000
Emergencias	hasta el monto máximo contratado	hasta el monto máximo contratado	hasta el monto máximo contratado	hasta el monto máximo contratado
Tarifa 0	hasta \$180 por afiliado	hasta \$200 por afiliado	hasta \$180 por afiliado	hasta \$200 por afiliado
Otras que determine la Autoridad Sanitaria Nacional	hasta el monto máximo contratado	hasta el monto máximo contratado	hasta el monto máximo contratado	hasta el monto máximo contratado
PROHIBICIONES A LAS EXCLUSIONES				
Cobertura de atenciones por condiciones laborales o profesionales. Sin embargo, se puede ajustar las primas de acuerdo al riesgo	hasta el monto máximo contratado	hasta el monto máximo contratado	hasta el monto máximo contratado	hasta el monto máximo contratado
Gastos en salud incurridos por el usuario para el diagnóstico diferencial o definitivo, siempre y cuando estos estén de acuerdo a las guías de práctica clínica, protocolos nacionales o internacionales	hasta \$40	hasta \$50	hasta \$40	hasta \$50
Atención integral a personas con problemas de malnutrición siempre y cuando haya diagnóstico médico definitivo y elección de tratamiento de acuerdo a los protocolos nacionales, o a falta de ellos, a la buena práctica de la medicina basada en evidencia, o a los protocolos internacionales	hasta \$40	hasta \$50	hasta \$40	hasta \$50
Métodos anticonceptivos	hasta \$80	hasta \$100	hasta \$80	hasta \$100
Condiciones de salud que sean consecuencia de acciones y/o enfermedades por uso de drogas, estupefacientes, embriaguez, alcoholismo y lesiones debido a trastornos de la salud mental, estados de demencia incluso a resultantes por intento de suicidio	hasta \$80	hasta \$100	hasta \$80	hasta \$100
Tratamiento de enfermedades de Transmisión Sexual	hasta \$80	hasta \$100	hasta \$80	hasta \$100
Cobertura de endo-prótesis en los casos que estas sean de tejidos de origen animal, siempre y cuando cumplan con las aprobaciones requeridas por la Autoridad Sanitaria Nacional	hasta \$200	hasta \$250	hasta \$200	hasta \$250
Tratamiento de úlceras de presión, y sus complicaciones	hasta \$80	hasta \$100	hasta \$80	hasta \$100
Fórmulas alimenticias medicadas, siempre y cuando la enfermedad obligue su utilización y sea prescrita	hasta \$150	hasta \$250	hasta \$150	hasta \$250
Trastornos en el desarrollo psicomotor, cuando este se deba o se presente como consecuencia de una patología	hasta \$450	hasta \$500	hasta \$450	hasta \$500
Cirugía plástica reconstructiva o correctiva	hasta \$800	hasta \$1000	hasta \$800	hasta \$1000
Pruebas de sensibilidad, tratamientos inmunológicos en general, siempre y cuando hayan sido prescritas por un profesional calificado en base a protocolos nacionales, o a falta de ellos, a la buena práctica de la medicina basada en evidencia, o a los protocolos internacionales	hasta \$80	hasta \$100	hasta \$80	hasta \$100
Tratamientos dentales cuando estos sean causados por accidentes	hasta \$300	hasta \$350	hasta \$300	hasta \$350
Alquiler de cualquier equipo o dispositivo médico para monitoreo e infusión de medicamentos, los suministros necesarios para su utilización o funcionamiento	hasta \$150	hasta \$200	hasta \$150	hasta \$200
Cuidados paliativos, sean estos hospitalarios o domiciliarios, siempre y cuando estén prescritos por un médico	hasta \$200	hasta \$250	hasta \$200	hasta \$250
OTRAS COBERTURAS				
Cristales ópticos	hasta \$80	hasta \$120	hasta \$80	hasta \$120
Prótesis no dentales, aparatos ortopedicos funcionales	hasta \$250	hasta \$280	hasta \$250	hasta \$250
Audifonos una vez al año		hasta \$350	hasta \$200	hasta \$350
BENEFICIOS AGREGADOS				
Servicios exequiales (solo titulares)	100%, En Jardines del Valle	100%, En Jardines del Valle	100%, En Jardines del Valle	100%, En Jardines del Valle
Seguro por Muerte Accidental (solo titulares)	95% AIG \$10.000	95% AIG \$10.000	95% AIG \$10.000	95% AIG \$10.000

	PRIVILEGIO		AMPARO		PROTECCIÓN		PREDILECTO	
MONTO MÁXIMO DE COBERTURA ANUAL	\$10.000		\$20.000		\$10.000		\$20.000	
CARENCIAS								
	RED CERRADA	RED ABIERTA	RED CERRADA	RED ABIERTA	RED CERRADA	RED ABIERTA	RED CERRADA	RED ABIERTA
Cobertura Ambulatoria	30 días		30 días		30 días		30 días	
Medicamentos Ambulatorios	30 días ambulatorio/ 90días hospitalario		30 días ambulatorio/ 90días hospitalario		30 días ambulatorio/ 90días hospitalario		30 días ambulatorio/ 90días hospitalario	
Cobertura Prehospitalaria	30 días ambulatorio/ 90días hospitalario		30 días ambulatorio/ 90días hospitalario		30 días ambulatorio/ 90días hospitalario		30 días ambulatorio/ 90días hospitalario	
Cobertura Hospitalaria	90 días		90 días		90 días		90 días	
Cobertura de Maternidad:								
Maternidad					60 días		60 días	
Tarifa 0					30 días		30 días	
Cobertura del Recién Nacido					30 días ambulatorio/ 90días hospitalario		30 días ambulatorio/ 90días hospitalario	
Preexistencias Declaradas	24 meses		24 meses		24 meses		24 meses	
Coberturas Obligatorias:								
Enfermedades Catastróficas y Crónicas sobrevenientes	30 días ambulatorio/ 90días hospitalario		30 días ambulatorio/ 90días hospitalario		30 días ambulatorio/ 90días hospitalario		30 días ambulatorio/ 90días hospitalario	
Emergencias	24 horas		24 horas		24 horas		24 horas	
Tarifa 0	30 días		30 días		30 días		30 días	
Otras que determine la Autoridad Sanitaria Nacional	0 días		0 días		0 días		0 días	
Prohibiciones a las Exclusiones :								
Cobertura de atenciones por condiciones laborales o profesionales	30 días ambulatorio/ 90días hospitalario		30 días ambulatorio/ 90días hospitalario		30 días ambulatorio/ 90días hospitalario		30 días ambulatorio/ 90días hospitalario	
Gastos en salud para el diagnóstico diferencial o definitivo (condiciones en Tabla de Beneficios)	30 días ambulatorio/ 90días hospitalario		30 días ambulatorio/ 90días hospitalario		30 días ambulatorio/ 90días hospitalario		30 días ambulatorio/ 90días hospitalario	
Atención integral a personas con problemas de malnutrición (condiciones en Tabla de Beneficios)	30 días ambulatorio/ 90días hospitalario		30 días ambulatorio/ 90días hospitalario		30 días ambulatorio/ 90días hospitalario		30 días ambulatorio/ 90días hospitalario	
Métodos anticonceptivos	30 días ambulatorio/ 90días hospitalario		30 días ambulatorio/ 90días hospitalario		30 días ambulatorio/ 90días hospitalario		30 días ambulatorio/ 90días hospitalario	
Tratamientos dentales cuando estos sean causados por accidentes	24 horas		24 horas		24 horas		24 horas	
Fórmulas alimenticias medicadas. (condiciones en Tabla de Beneficios)	30 días ambulatorio		30 días ambulatorio		30 días ambulatorio		30 días ambulatorio	
El resto de las Prohibiciones a las Exclusiones descritas en la Tabla de Beneficios	30 días ambulatorio 90 días hospitalario	30 días ambulatorio 60 días hospitalario	30 días ambulatorio 90 días hospitalario	30 días ambulatorio 60 días hospitalario	30 días ambulatorio 90 días hospitalario	30 días ambulatorio 60 días hospitalario	30 días ambulatorio 90 días hospitalario	30 días ambulatorio 60 días hospitalario
Otras coberturas:								
Cristales ópticos	30 días ambulatorio		30 días ambulatorio		30 días ambulatorio		30 días ambulatorio	
Audífonos una vez al año	No Aplica		30 días ambulatorio		30 días ambulatorio		30 días ambulatorio	
Prótesis no dentales, aparatos ortopedicos funcionales	30 días ambulatorio / 90días hospitalario		30 días ambulatorio / 90días hospitalario		30 días ambulatorio / 90días hospitalario		30 días ambulatorio / 90días hospitalario	
Beneficios agregados	30 días	No Aplica	30 días	No Aplica	30 días	No Aplica	30 días	No Aplica

* La Red Cerrada que se hace referencia en La Tabla de Beneficios es la red de prestadores de servicios de salud que tengan suscrito un contrato con VIDABUENA y que están calificados en el Nivel indicado.

* Tarifario Aplicado en las Prestaciones de Prevención Primaria: Tarifario Nacional.