



## Plan Oncocare

		NACIONAL			Red Saludsa	Libre elección (Privados)	Red Saludsa Care	Producto para el cáncer ONCOCARE ILIMITADO A NIVEL 7
Monto máximo de cobertura anual		ILIMITADO						
Deducible Anual		\$0						
Prestaciones Médicas/Sanitarias								
Hospitalarias Oncológicas	Terapia Intensiva, atención hospitalaria, ambulancia por transferencia o movilización entre establecimientos sanitarios, cuarto y alimento, servicios hospitalarios, visita médica, cuidados enfermería, interconsultas médicas, laboratorio clínico y anatomopatológico, imagen, medicamentos intrahospitalarios, insumos y dispositivos médicos, honorarios médicos, rehabilitación intrahospitalaria, apoyo psicológico durante la estancia intrahospitalaria.	✓	✓			100%		
	Financiamiento de trasplante no experimental, pretrasplante, postrasplante para paciente por año (incluye consultas médicas de especialidad, laboratorio, imagen, medicamentos, procedimientos, cuarto y alimentos, servicios y atención hospitalaria general, visita médica, cuidados de enfermería, interconsultas, cuidados intensivos, insumos y dispositivos médicos, honorarios médicos, rehabilitación física y complicaciones médicas resultantes).	✓	✓			Ambulatorio y Hospitalario 100%		
Por trasplantes (médula ósea, renal, córnea, hueso)	Financiamiento de trasplante no experimental de donante vivo, pretrasplante, postrasplante para donante por año (incluye consultas médicas, laboratorio, imagen, medicina, procedimientos, cuarto y alimentos, servicios hospitalarios, visita médica, cuidados de enfermería, interconsultas, cuidados intensivos, insumos médicos, honorarios médicos, rehabilitación física a excepción de complicaciones médicas resultantes).	✓	✓			Ambulatorio y Hospitalario 100% hasta \$5,000		
Ambulatoria Oncológica	Financiamiento ambulatorio: consulta médica, laboratorio clínico, imagen, procedimientos menores, terapias.	✓	✓			100%		
	Hospital del día: servicios hospitalarios, cuidados enfermería, interconsultas médicas, laboratorio clínico y anatomopatológico, imagen, medicamentos, insumos y dispositivos médicos, honorarios médicos.	✓	✓			100%		
	Medicamentos Hospitalarios, Hospital del día y Ambulatorios.	✓		✓		100% hasta \$60.000 anuales		
	Emergencia y Urgencia Médica asociada de manera directa a la patología oncológica de base, (incluye la atención prehospitalaria, todo el equipamiento, insumos, medicamentos necesarios, exámenes de laboratorio clínico e imagen y procedimientos) así como las complicaciones relacionadas con el tratamiento de las mismas. Se excluyen los daños a otros órganos producidos de manera secundaria a los procedimientos relacionados con dicho tratamiento.	✓	✓			100%		

Prestaciones Médicas/Sanitarias		Red Saludsa	Libre elección (Privados)	Red Saludsa Care	Producto para el cáncer ONCOCARE ILIMITADO A NIVEL 7
Ambulatoria Oncológica	Monto máximo por consulta médica ambulatoria.	✓	✓	✓	\$62,49
	Terapias (rehabilitación física, respiratoria y de lenguaje) por año por usuario.	✓	✓		100%
	Ambulancia terrestre nacional por año.	✓	✓		100% hasta \$250
Preexistencias declaradas	Financiamiento Preexistencias, contados a partir de la suscripción del usuario en el producto.	✓	✓		No Aplica
Condiciones Especiales de Financiamiento	Emergencia médica en caso de mora (incluye todo el equipamiento, insumos y medicamentos necesarios) hasta la estabilización ambulatoria del paciente.	✓	✓		80% hasta \$200
Otras coberturas Oncológicas	Monto máximo del conjunto de prestaciones por prótesis e implantes no dentales, stents al 70% por beneficiario hasta (no incluye prótesis de titanio, ni aparatos ortopédicos).	✓	✓		Cobertura al 50% hasta un monto del 50% del valor comercial de la prótesis
	Cuidados Paliativos Domiciliarios / Hospitalarios por año hasta (incluye visitas médicas, cuidados de enfermería, medicamentos, terapia respiratoria y terapia del dolor por un período de 60 días).			✓	Ambulatorio y Hospitalario 100% hasta \$ 1.000
	Monto máximo del Conjunto de Prestaciones por cirugía Reconstructiva Oncológica incluye cuarto y alimento, visita médica, cuidados enfermería, interconsultas médicas, laboratorio, imagen, unidad de cuidados intensivos, Medicamentos, insumos médicos, Honorarios Médicos y prótesis no dental.	✓	✓		Ambulatorio y Hospitalario 100% (prótesis de acuerdo a condición de prótesis e implantes no dentales)
	Conjunto de Prestaciones que incluyan el uso de sangre total, hemocomponentes, nutrición enteral y suplementos alimenticios.	✓	✓		Ambulatorio y Hospitalario 100% hasta \$1.000
Discapacidades	Financiamiento anual de discapacidad (20 salarios básicos unificados) amparados en una acreditación del 40% de su condición según la Ley y Normativa vigente.	✓	✓	✓	Aplica condiciones del producto exclusivamente para enfermedades relacionadas con el cáncer

**Cobertura Otros Prestadores de Servicios de Salud No Afiliados.-** Prestaciones Hospitalarias, por trasplantes: 100% hasta \$500. Ambulatoria: 100% hasta \$300, monto máximo por consulta médica ambulatoria: \$15. Condiciones especiales de Financiamiento: 80% hasta \$200. Discapacidades: de acuerdo al monto ambulatorio y hospitalario detallado en otros prestadores no afiliados.

TABLA DE PORCENTAJES DE FINANCIAMIENTO NIVEL 7 EN RELACIÓN A OTROS NIVELES DE PRESTADORES				
	Nivel de prestador	Prestadores Nacionales		
		Red Saludsa Red Saludsa Care	Libre elección (Privados)	Otros no afiliados
Hospitalario	NIVEL 3	100%	100%	100% hasta \$500
	NIVEL 4	100%	100%	
	NIVEL 5	100%	100%	
	NIVEL 6	100%	100%	
	<b>NIVEL 7</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	
	<b>NIVEL 8</b>	<b>80%</b>	<b>80%</b>	
Ambulatorio	NIVEL 3	80%	80%	100% hasta \$300
	NIVEL 4	80%	80%	
	NIVEL 5	80%	80%	
	NIVEL 6	80%	80%	
	<b>NIVEL 7</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	
	<b>NIVEL 8</b>	<b>80%</b>	<b>80%</b>	

Carencias	
Emergencia médica por patologías oncológicas no preexistentes	24 horas
Ambulatoria	180 días
Hospitalaria, Hospital del día	180 días

Las **Redes** a las cuales se hacen referencia en este anexo de financiamiento/cobertura de prestaciones médicas son:

**1. Red de Prestadores de Servicios de Salud Afiliados (Red Saludsa):** Es la red de prestadores de servicios de salud que tengan suscrito un contrato con SALUDSA. Está compuesta por los establecimientos prestadores de servicios de salud, profesionales de la salud, otros profesionales relacionados con la salud, servicios farmacéuticos de apoyo diagnóstico y terapéutico.

**2. Red de Prestadores de Servicios de Salud Afiliados Específicos (Red SaludsaCare):** Es la red de prestadores de servicios de salud que tengan suscrito un contrato con SALUDSA destinados a ofrecer prestaciones sanitarias específicas.

**3. Prestadores de Servicios de Salud Privados No Afiliados (Libre Elección Prestadores Privados):** Son los prestadores de servicios de salud privados, que no tienen relación comercial con SALUDSA, (establecimientos, profesionales, servicios farmacéuticos y de apoyo diagnóstico) a quienes el usuario puede acudir para recibir la prestación sanitaria en las modalidades abierta o de libre elección.

**4. Otros Prestadores de Servicios de Salud No Afiliados (Otros No Afiliados):** Son los prestadores de servicios de salud no comprendidos en la red de prestadores de servicios de salud afiliados, ni en los prestadores de servicios de salud privados.

**Monto máximo de cobertura anual** se refiere al monto máximo establecido para el producto definido en el contrato.

**Emergencia médica cuando no esté en mora y no exista preexistencia:** La emergencia médica iniciará con un financiamiento directo mínimo de \$500 a favor del prestador de servicios de salud, luego del cumplimiento de procesos de auditoría médica de pertinencia, se podrá financiar hasta el monto total de cobertura de acuerdo a las condiciones establecidas en este anexo.

Todos los **porcentajes de cobertura y valores** se aplicarán de acuerdo a: Tarifario por procedimientos por nivel, anexo financiamiento/cobertura de prestaciones médicas, tabla de porcentajes de financiamiento, siempre y cuando las prestaciones sanitarias brindadas sean razonables y estén dentro de la práctica médica habitual.

**Los montos máximos** por conjunto de prestación no se suman entre sí aún cuando estén determinados por diferentes tipos de prestadores de servicios de salud.

En **hospitalización** se bonificará un máximo de una visita médica diaria.

SALUDSA tiene la facultad de revisar y modificar la clasificación de niveles en cualquier momento, si así lo estima conveniente. Es recomendable que cada vez que se requiera una atención con un médico o entidad inscrita, el usuario consulte en los canales web de SALUDSA, el nivel en el que se está clasificando el médico y el prestador a ser utilizado, de forma tal que pueda obtener una mejor cobertura y servicio.

Las prestaciones sanitarias no detalladas en el presente anexo no tendrán cobertura.

En los servicios hospitalarios el valor por administración de medicamentos financiados tienen una cobertura del 15%. Esto no afecta la cobertura de medicamentos determinadas en el anexo.

---

Firma Titular/Contratante