



	NACIONAL	INTERNACIONAL Clínica Universidad de Navarra (Ver detalle en anexo de Financiamiento Clínica Universidad de Navarra) VER ANEXO 3				
Monto máximo de cobertura anual	\$1.000.000	ILIMITADO	<input type="checkbox"/>	Red Saludsa	Libre elección (Privados)	Red Saludsa Care
Deducible anual	\$5.000	\$5.000 por enfermedad	<input type="checkbox"/> Acepto			
<b>Prestaciones Médicas/Sanitarias</b>						
						Respaldo Total 1.000.000 Aplica a Tarifarios por Procedimientos <b>NIVEL 7</b>
<b>Hospitalarias (una vez superado el deducible)</b>	<p>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.</p> <p>Financiamiento Hospitalario de enfermedades congénitas, genéticas, hereditarias, crónicas, catastróficas; sobrevenientes a la fecha de inicio de vigencia del producto (aplica monto y periodo de carencia en caso de corresponder a una preexistencia declarada).</p>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		100% Terapia Intensiva hasta \$2.500 diarios medicamentos Intrahospitalarios 100%
<b>Por Trasplantes (médula ósea, renal, córnea, hueso; una vez superado el deducible)</b>	<p>Financiamiento de Trasplante no experimental, Pretrasplante, Postrasplante para paciente por año (incluye consultas médicas de especialidad, laboratorio, imagen, medicamentos, procedimientos, cuarto y alimento, 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).</p>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		Ambulatorio y Hospitalario 100% hasta \$ 40.000
	<p>Financiamiento de Trasplante no experimental de donante vivo, Pretrasplante, Postrasplante para donante por año (incluye consultas médicas, laboratorio, imagen, medicamentos, procedimientos, cuarto y alimento, servicios hospitalarios, visita médica, cuidados de enfermería, interconsultas, cuidados intensivos, insumos médicos, honorarios médicos, rehabilitación física a excepción de complicaciones médicas resultantes).</p>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		Ambulatorio y Hospitalario 100% hasta \$ 10,000
<b>Ambulatoria (una vez superado el deducible)</b>	<p>Financiamiento Ambulatorio: Consulta Médica, Laboratorio Clínico, Imagen, Procedimientos menores, Terapias. Hospital del día: servicios hospitalarios, cuidados enfermería, interconsultas médicas, laboratorio clínico y anatomopatológico, imagen, medicamentos, insumos y dispositivos médicos, honorarios médicos.</p> <p>Financiamiento Ambulatorio de enfermedades congénitas, genéticas, hereditarias, crónicas, catastróficas; sobrevenientes a la fecha de inicio de vigencia del producto (aplica monto y periodo de carencia en caso de corresponder a una preexistencia declarada). Estudios Anatomopatológicos, Genéticos y para enfermedades congénitas para confirmar un diagnóstico. Urgencia Médica (incluye consulta, procedimientos menores, medicamentos necesarios, exámenes de laboratorio clínico e imagen).</p>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		100%

Prestaciones Médicas/Sanitarias		Red Saludsa	Libre elección (Privados)	Red Saludsa Care	Respaldo Total 1.000.000 Aplica a Tarifarios por Procedimientos <b>NIVEL 7</b>
Ambulatoria (una vez superado el deducible)	Medicamentos Ambulatorios	✓			80% genérica 60% marca
	Medicamentos Ambulatorios Libre Elección (Prestadores Privados No Afiliados)		✓		40% genérica 30% marca
	Emergencia Médica (incluye la atención prehospitalaria, todo el equipamiento, insumos, medicamentos necesarios, exámenes de laboratorio clínico e imagen y procedimientos).	✓	✓		100%
	Monto máximo por consulta médica ambulatoria.	✓	✓	✓	\$62,49
	Ambulancia Terrestre Nacional por año.	✓	✓		100% hasta \$250
	Tratamiento de sustitución de la función renal: Atención Ambulatoria en prestadores habilitados para pacientes con insuficiencia renal crónica terminal mediante diálisis peritoneal o hemodiálisis (aplica monto y período de Carencia en caso de preexistencia).	✓	✓		100%
Preexistencias Declaradas (una vez superado el deducible)	Financiamiento Preexistencias Anual a partir del mes 13, contados a partir de la suscripción del usuario en el producto.	✓	✓	✓	Ambulatorio y Hospitalario 100% hasta \$900
	Financiamiento Preexistencias anual a partir del mes 25, contados a partir de la suscripción del usuario en el producto (Los montos máximos por preexistencias no se suman entre sí, aun cuando estén determinados por diferentes tipos de Red).	✓	✓	✓	Ambulatorio y Hospitalario 100% hasta \$ 1.500
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
	Emergencia Médica de Preexistencias en período de carencia (incluye todo el equipamiento, insumos y medicamentos necesarios).	✓	✓		80% hasta \$200
Otras coberturas (una vez superado el deducible)	Monto máximo del conjunto de prestaciones por Prótesis, Implante Endovascular e Implantes no Dentales, por beneficiario (no incluye prótesis de titanio, ni aparatos ortopédicos).	✓	✓		100% hasta \$1.500
	Cuidados Paliativos Domiciliarios / Hospitalarios por año (incluye visitas médicas, cuidados de enfermería, medicamentos, terapia respiratoria y terapia del dolor por un período de 15 días).			✓	Ambulatorio y Hospitalario 100% hasta \$ 1.000
Discapacidades (una vez superado el deducible)	Financiamiento anual de discapacidad (20 salarios básicos unificados) amparados en una acreditación del 40% de su condición según la Ley y Normativa vigente.	✓	✓	✓	Ambulatorio y Hospitalario 100% hasta 20 Salarios Básicos Unificados

**Cobertura Otros Prestadores de Servicios de Salud No Afiliados.-** Prestaciones Hospitalarias y por trasplantes: 100% hasta \$500. Ambulatoria: 100% hasta \$300, consulta médica: \$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	Libre elección (Privados)	Otros no afiliados
		Red Saludsa Care		
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>	
Ambulatorio	NIVEL 3	100%	100%	100% hasta \$300
	NIVEL 4	100%	100%	
	NIVEL 5	100%	100%	
	NIVEL 6	100%	100%	
	<b>NIVEL 7</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	

Carencias	
Emergencia médica	24 horas
Apendicectomía	Inmediato
Ambulatoria	30 días
Hospitalaria, Hospital del día, Discapacidades	90 días
Carencia Preexistencias	12 meses
Histerectomía, colecistectomía, litotripsia, septoplastias, hernioplastia y artroscopías de rodilla, cirugía de columna por hernia discal, hemorroidectomía.	12 meses

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.