



Ideal 4

		NACIONAL			Financiamiento/ Coberturas Aplica a Tarifarios por Procedimientos NIVEL 4
Monto máximo de cobertura anual		\$45.000			
Deducible Anual		\$0			
Prestaciones Médicas/Sanitarias		Red Saludsa	Libre elección (Privados)	Red Saludsa Care	
Hospitalarias	Terapia Intensiva, ambulancia por transferencia o movilización entre establecimientos sanitarios, cuarto y alimentos, 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 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).	✓	✓		100%
Por trasplantes	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 80%, Hospitalario 100% hasta \$20.000
	Financiamiento de trasplante no experimental de donante vivo, pretrasplante, postrasplante para donante por año (incluye consultas médicas, laboratorio, imagen, Medicamentos, 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 80%, Hospitalario 100% hasta \$10.000
Ambulatoria	Financiamiento ambulatorio: consulta médica, laboratorio clínico, imagen, procedimientos menores, terapias.	✓	✓		80%
	Medicamentos ambulatorios.	✓			80% genérica / 60% marca
			✓		40% genérica / 30% marca
	Emergencia Médica (incluye la atención, todo el equipamiento, insumos, Medicamentos necesarios, exámenes de laboratorio clínico e imagen y procedimientos).	✓	✓		100%
	Hospital del día: servicios hospitalarios, cuidados enfermería, interconsultas médicas, laboratorio clínico y anatomopatológico, imagen, Medicamentos, insumos y dispositivos médicos, Honorarios Médicos.	✓	✓		80%
	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).	✓	✓		80%

Prestaciones Médicas/Sanitarias		Red Saludsa	Libre elección (Privados)	Red Saludsa Care	Financiamiento/ Coberturas Aplica a Tarifarios por Procedimientos NIVEL 4
Ambulatoria	Estudios anatomopatológicos, genéticos y para enfermedades congénitas para confirmar un diagnóstico.	✓	✓		80%
	Urgencia Médica (incluye consulta, procedimientos menores, Medicamentos necesarios, exámenes de laboratorio clínico e imagen).	✓	✓		80%
	Monto máximo por consulta médica ambulatoria.	✓	✓		\$31,97
	Número de consultas para homeopatía, acupuntura y quiropraxia por año.	✓	✓		12 consultas
	Terapias (rehabilitación física, respiratoria y de lenguaje) por año por Usuario.	✓	✓		20 sesiones
	Ambulancia terrestre nacional por año.	✓	✓		80% hasta \$100
Servicios médicos a domicilio	Número de consultas médicas generales a domicilio por año.			✓	Ilimitadas (aplica Copago de acuerdo al sector donde se realice la visita)
Preexistencias declaradas	Financiamiento preexistencias anual a partir del mes 13, contados a partir de la suscripción del Usuario en el producto.	✓	✓		Ambulatorio 80%, hospitalario 100% hasta \$800
	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, aún cuando estén determinados por diferentes tipos de red.		✓		Ambulatorio 80%, Hospitalario 100% hasta \$1.400
					✓
Financiamiento prestación odontológica para titular	Examen clínico y diagnóstico, rayos-x (periapicales), fase higiénica (profilaxis), consulta con especialista, urgencias.			✓	100%
	Resina simple (1 superficie), resina compuesta (2 superficies), resina compleja (3 o más superficies), extracciones simples.			✓	70%
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 \$500
	Emergencia médica de preexistencias en periodo de Carencia (incluye todo el equipamiento, insumos y Medicamentos necesarios).	✓	✓		80% hasta \$500
	Chequeos prenatales para embarazo no cubierto desarrollado durante el período de Carencia (consultas médicas ginecológicas, vitaminas, uacunas, laboratorio clínico e imagen).			✓	80% hasta \$150

Prestaciones Médicas/Sanitarias		Red Saluda	Libre elección (Privados)	Red Saluda Care	Financiamiento/ Coberturas Aplica a Tarifarios por Procedimientos NIVEL 4
Maternidad	Monto Máximo por conjunto de prestaciones/monto maternidad Hospitalario y Ambulatorio (incluye controles prenatales) para maternidades de curso normal, embarazo ectópico, maternidades complicadas y emergencias obstétricas.	✓	✓		Hasta Monto Máximo del producto
	Financiamiento hospitalario para parto y cesárea, así como los servicios de neonatología de acuerdo al monto total de maternidad (cuando se haya realizado inclusión intraútero).	✓	✓		100% hasta Monto Máximo del producto
	Financiamiento ambulatorio de acuerdo al monto total de maternidad (incluye controles prenatales).	✓	✓		80% hasta Monto Máximo del producto
	Complicaciones maternas después del parto y alumbramiento (incluye en caso necesario uso de servicio de cuidados intensivos).	✓	✓		100% hasta Monto Máximo del producto
	Vitaminas, vacunas maternas, para la madre y recién nacido.	✓			80% hasta \$200
	Consultas odontológicas.			✓	2
Recién Nacido	Atención integral o complicaciones del recién nacido a término, pretérmino o postérmino, atención perinatal (en caso de realizar inclusión intraútero).	✓	✓		100% hospitalario, 80% ambulatorio hasta el monto máximo del producto contratado para el neonato
	Complicaciones del recién nacido a término, pretérmino o postérmino, atención perinatal (en caso de no realizar inclusión intraútero) hasta el día 28 de su nacimiento.	✓	✓		Cobertura Hospitalaria 100% hasta \$1.000
Otras coberturas	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).	✓			\$15.000
	Cuidados paliativos domiciliarios / hospitalarios y de largo plazo domiciliarios / hospitalarios por año hasta (incluye visitas médicas, cuidados de enfermería, Medicamentos, terapia respiratoria y procedimientos por un período de 15 días).			✓	Ambulatorio 80%, hospitalario 100% hasta \$500
	Monto Máximo del conjunto de prestaciones por cirugía reconstructiva oncológica incluye terapia intensiva, atención hospitalaria, ambulancia por traslado interhospitalario, cuarto y alimentos, 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, prótesis no dental.	✓	✓		Ambulatorio 80%, Hospitalario 100% hasta \$2.000
Discapacidades	Financiamiento anual de discapacidad (20 salarios básicos unificados) amparados en una acreditación del 40% de su condición según la Ley y Normativa vigente.	✓	✓		Ambulatorio 80%, hospitalario 100% hasta 20 salarios básicos unificados
Otros beneficios	Segunda Opinión Médica CLÍNICA UNIVERSIDAD DE NAVARRA (previa activación)	✓			SI

TABLA DE PORCENTAJES DE FINANCIAMIENTO NIVEL 4 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 \$2.000
	NIVEL 4	100%	100%	
	NIVEL 5	80%	80%	
	NIVEL 6	64%	64%	
	NIVEL 7	51%	51%	
Ambulatorio	NIVEL 3	80%	80%	80% hasta \$800
	NIVEL 4	80%	80%	
	NIVEL 5	64%	64%	
	NIVEL 6	51%	51%	
	NIVEL 7	41%	41%	

Cobertura Otros Prestadores de Servicios de Salud No Afiliados.- Prestaciones Hospitalarias y por trasplantes: 100% hasta \$2.000. Prestaciones Ambulatoria: 80% hasta \$800, consulta médica: \$15. Condiciones especiales de financiamiento: 80% hasta \$500. Maternidad: hasta \$1000. Recién nacido: 100% hasta \$500. Discapacidades: de acuerdo al monto ambulatorio y hospitalario de otros prestadores no afiliados. Las siguientes prestaciones médicas no contarán con financiamiento: terapias, ambulancia terrestre, consultas médicas domiciliarias, preexistencias, prestaciones odontológicas, chequeos prenatales en período de Carencia de maternidad, vitaminas y vacunas maternas, grupo de prestaciones catalogadas en otras coberturas y otros beneficios.

Carencias

Emergencia médica	24 horas
Apendicectomía	Inmediato
Ambulatoria	30 días
Segunda Opinión Clínica Universidad de Navarra	30 días
Hospitalaria, Hospital del día, Discapacidades	90 días
Maternidad	45 días desde la suscripción para la concepción
Carencia Odontológica	60 días
Carencia Preexistencias	12 meses
Histerectomía, colecistectomía, litotripsia, septoplastias, hernioplastia y atroscopías 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.

Para obtener el financiamiento de maternidad, la concepción debe producirse una vez cumplidos los 45 días del período de carencia.

Se podrá **incluir a un neonato** cuya maternidad tenga cobertura acorde a las condiciones del plan desde la semana 12 hasta la semana 28 gestación, cumpliendo los requisitos establecidos por SALUDSA. Si la solicitud de inclusión no se realizara hasta la semana 28 de gestación se deberá esperar al nacimiento para realizarla, cumplir con los requisitos establecidos y el neonato será incluido dentro de las condiciones que establece la cláusula de nuevos dependientes, sin cobertura retroactiva.

Los montos máximos por conjunto de prestación no se suman entre si 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.